

---

# **POTILAAN TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI ENSIHOIDOSSA**

Kehittämishanke




Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

21.1.2015

Anne Korva (HAMK)  
Heli Latvala (LAMK)



**Tekijä** Anne Korva ja Heli Latvala **Vuosi** 2015**Työn nimi** Potilaan toimintakyvyn arviointi ensihoidossa

---

## TIIVISTELMÄ

Kehittämishankkeen aihe pohjautui Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen perustaman projektityöryhmän hankkeeseen määritellä sähköisen ensihoitokertomuksen valtakunnallinen tietosisältö ja -rakenteet sekä siihen sisältyvät kliiniset luokitukset. Yhdeksi uudeksi ensihoitokertomuksen tietosisällön muuttajaksi oli suunniteltu potilaan toimintakyvyn arviointia ECOG-toimintakykyluokituksen avulla. Toimeksiantajana kehittämishankkeessa toimi valtakunnallisen lääkärihelikopteritoiminnan hallinnointiyksikkö FinnHEMS.

Tämän kehittämishankkeen tavoitteena oli käyttöönottaa suunnitelma potilaan toimintakyvyn arvioinnista ECOG-luokituksen avulla ensihoitajien työvälineeksi sekä saada tutkimusnäyttöä sen käytettävyydestä ja hyödyllisyydestä. Lisäksi tavoitteena oli hyödyntää systemaattista toimintakyvyn arviointia ensihoidon ja päivystyksen välisessä yhteistyössä. Tarkoituksena oli lisätä ensihoitajien työvälineitä potilaan kokonaisvaltaiseen arviointiin ja sen myötä helpottaa ensihoitajien tekemiä päätöksiä potilaiden hoidosta, mahdollisesta kuljettamiskohteesta tai kuljettamatta jättämisestä.

Kehittämishankkeessa toteutettiin Päijät-Hämeen ensihoitopalvelussa ja yhteispäivystyksessä ECOG-toimintakykyluokituksen pilottikokeilu, jonka yhteydessä kerättiin strukturoidun kyselytutkimuksen avulla tietoa luokituksen käytettävyydestä ja hyödyllisyydestä. Saatujen tulosten perusteella todettiin ECOG-luokituksen olevan ensihoidon näkökulmasta helppokäyttöinen ja sillä olevan vaikutuksia ensihoitajien tekemiin hoito- ja kuljetuspäätöksiin joidenkin potilaiden kohdalla. Myös päivystyksen näkökulmasta toimintakyvyn arvioinnin oli pääsääntöisesti koettu vaikuttavan potilaan hoidon ja jatkohoidon suunnitteluun.

Tämä kehittämishanke tuotti uutta tietoa potilaan toimintakyvyn arvioinnista ensihoidossa ECOG-luokitusta käyttäen. Pilottikokeilun ja toteutetun tutkimuksen tulokset toimitettiin Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen projektityöryhmän käyttöön hyödynnettäväksi sähköisen ensihoitokertomuksen kehittämistyössä toimintakyvyn arvioinnin osalta.

**Avainsanat** Ensihoito, Toimintakyky, ECOG-luokitus**Sivut** 48 s. + liitteet 9 s.

Degree Programme in Social and Health Care Development and Management

**Author**

Anne Korva ja Heli Latvala

**Year** 2015

**Subject of Master's thesis**

Evaluation of Functional Capacity in Emergency Care

ABSTRACT

The subject of this thesis was based on nationwide development project of Emergency Medical service's electronic documentation. The Finnish National Institute for Health and Welfare has set up a project team to define data contents and structures of the new electronic documentation for Emergency medical services. A new part of the data content was patient's functional capacity evaluation by using ECOG Performance Score. The commissioner of this thesis was FinnHEMS which is responsible for Helicopter Emergency Medical Services (HEMS) in Finland in cooperation with the University Hospital Districts.

The aim of this thesis was to put ECOG Performance Score into practice and to obtain scientific evidence of its usability and usefulness in Emergency care. Another aim was to take advantage of the systematic evaluation of the patient's functional capacity in cooperation of Emergency department and Emergency medical services. The purpose was to increase paramedic's tools for comprehensive assessment of the patient and to facilitate the assessment of the need for treatment or transportation.

The pilot experiment of ECOG Performance Score was carried out in Emergency Medical Services and Emergency department in Päijät-Häme region. Research data was collected with structured questionnaire survey about the usability and usefulness of ECOG score. Based on the results ECOG Performance Score is easy to use in emergency care and evaluation of functional capacity affected paramedic's decision-making when assessing the patient's need for treatment or transportation. The functional capacity evaluation with ECOG Performance Score by paramedics also affected the plans for patient care and follow-up care in the Emergency department.

This development project provided new information about the patient's functional capacity evaluation in emergency care by using ECOG Performance status. The results of this thesis were delivered to the Finnish National Institute for Health and Welfare's project team for making use of them in their nationwide development project.

**Keywords** Emergency Medical Service, Functional capacity, ECOG Performance Score

**Pages** 48 p. + appendices 9 p.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	KOHDEORGANISAATIO .....	3
3	ENSIHOIDON ERITYISPIIRTEET .....	5
3.1.	Ensihoitopalvelu.....	5
3.2.	Ensihoitoa koskeva lainsäädäntö.....	5
3.3.	Ensihoitopalvelu Päijät-Hämeessä .....	8
3.4.	Ensihoitajien koulutusvaatimukset.....	11
4	ENSIHOIDON JA PÄIVYSTYKSEN YHTEISTOIMINTA .....	12
4.1.	Päätöksenteko ensihoidossa .....	12
4.2.	Hoitoketjun jatkuvuus ensihoidosta päivystykseen.....	14
4.3.	Toimintakyvyn merkitys päivystyspotilaan hoidossa .....	15
5	TOIMINTAKYKY .....	17
5.1.	Toimintakyky käsitteenä .....	17
5.2.	Toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen.....	17
5.3.	ECOG-luokitus.....	19
5.4.	Yleisimmin käytettyjä toimintakykyluokituksia ja –mittareita.....	20
6	KEHITTÄMISHANKKEEN TAVOITE JA TARKOITUS .....	23
7	KEHITTÄMISHANKKEEN ETENEMINEN .....	24
7.1.	Toimintatutkimus tutkimusmenetelmänä.....	24
7.2.	Toimintatutkimuksen suuntaus .....	25
7.3.	Toimintatutkimuksen syklisyys.....	25
7.4.	Kehittämishankkeen toteutus .....	26
8	TUTKIMUSAINEISTON KERUU JA ANALYYSI .....	29
8.1.	Kysely tutkimusaineistona .....	29
8.2.	Tutkimusaineiston analyysi.....	31
9	TULOKSET .....	32
9.1.	Ensihoitajien määrittelemä ECOG-toimintakykyluokka .....	32
9.2.	Ensihoitajien arvio toimintakykyluokituksen käytettävyydestä.....	33
9.3.	Toimintakykyluokituksen hyödyllisyys ensihoidossa.....	34
9.4.	Toimintakykyluokituksesta saatavan tiedon riittävyys päivystyksen kannalta. ....	34
9.5.	Toimintakykyluokituksen hyödyllisyys päivystyksessä .....	35
10	POHDINTA.....	37
10.1.	Tulosten tarkastelua.....	37
10.2.	Kehittämishankkeen arviointi .....	38
10.3.	Eettisyys ja luotettavuus kehittämishankkeessa .....	40
10.4.	Johtopäätökset ja jatkokehittämisehdotukset .....	41
	LÄHTEET .....	43

---

LIITE 1	Tutkimuslupa
LIITE 2	Informaatiokirje
LIITE 3	ECOG-luokituksen käyttökoulutus
LIITE 4	ECOG-toimintakyvyn arviointilomake
LIITE 5	Toimintakykyluokituksen hyödyllisyys ensihoidossa -yhdistelmäkaavio

## 1 JOHDANTO

Vuonna 2050 tilastokeskuksen mukaan yli 65-vuotiaita on jo joka neljäs, ja 80-vuotiaiden määrä kaksinkertaistuu nykyisestä. Ikääntyminen tuo mukanaan usein myös erilaisia toimintakyvyn rajoitteita. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan iäkkään väestön toimintakyvyn ylläpitäminen ja tukeminen tulee olemaan yhä tärkeämpää tulevaisuudessa. Ikääntyvän väestön aseman ja palveluiden saatavuuden turvaamiseksi ja parantamiseksi on vuonna 2013 tullut voimaan laki 920/2012 ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014c.) Sosiaali- ja terveysministeriö on myös antanut iäkkäiden ihmisten palveluiden kehittämistä koskevan laatusuosituksen (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013). Suomessa väestön nopea ikääntyminen lisää jatkuvasti myös ensihoitopalvelun kysyntää. Kuitenkaan ensihoitopalvelua ei ole juurikaan huomioitu eri terveydenhuollon palvelujärjestelmiä käsittelevissä raporteissa tai tutkimuksissa, vaikka nykyinen ensihoitopalvelu onkin tiivis osa terveydenhuoltoa ja pystyy vastaamaan potilaiden tarpeisiin usein muutoinkin kuin pelkästään kiirellisen ensihoidon osalta. (Grönlund & Maaskola 2003; 33, 40.)

Palvelurakenteiden muutoksesta johtuva terveydenhuollon yhteispäivystysten lisääntyminen on myös osaltaan lisännyt ensihoitopalveluiden kysyntää ja merkitystä sekä siihen kohdistuvia odotuksia. Samalla myös ensihoitajien vastuu on kasvanut ja tarvitaan ammattitaitoa sekä välineitä arvioida potilaiden tilannetta ja hoidon tarvetta mahdollisimman monipuolisesti. Toimivan ensihoitopalvelun yhtenä tarkoituksena on vähentää yhteispäivystysten potilasmäärää ja ohjata potilaat tarkoituksenmukaisiin sosiaali- ja terveystalvuluihin. (Määttä 2008, 26- 27.) Myös ensihoidon palvelurakenteet muuttuvat ja kehittyvät koko ajan muun terveydenhuollon palvelujärjestelmän mukana. Ensihoitopalvelun kehittämiseksi ja yhtenäistämiseksi on menossa useampiakin valtakunnallisia hankkeita.

Tämän kehittämishankkeen aihe pohjautuu Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen perustaman projektityöryhmän suunnitelmaan kehittää ja yhtenäistää ensihoidon sähköistä kirjaamista valtakunnallisesti. Projektityöryhmän tarkoituksena on määritellä sähköisen ensihoitokertomuksen valtakunnallinen tietosisältö- ja rakenteet sekä siihen sisältyvät kliiniset luokitukset. Yhtenä uutena tietosisällön muuttujana tulevassa sähköisessä ensihoitokertomuksessa on potilaan ECOG-toimintakykyluokitus. Tämä tarkoittaa projektityöryhmän mukaan sitä, että ensihoidossa pitäisi jatkossa pystyä tekemään yksinkertainen arvio potilaan toimintakyvystä koti- tai vastaavassa ympäristössä. Tällainen arvio on usein hyvin tarpeellinen päivystyksissä potilaan jatkohoitoa tai kotiutumista suunniteltaessa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013, ei julkinen.)

Potilaan toimintakyvystä on sairaalaolosuhteissa vaikea tehdä arviota ilman, että tehdään havaintoja potilaan tavallisesta toimintaympäristöstä, erityisesti kotiolosuhteista. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013, ei

julkinen.) Usein ensihoidosta ikääntynyt potilas saatetaan luovuttaa päivystykseen työdiagnoosina pelkkä yleistilan heikkeneminen. Kyseessä ei kuitenkaan ole yksittäinen sairaus, vaan usein epämääräinen kokonaisuus, johon useimmiten liittyy voimattomuutta, liikkumisen vaikeutumista, tasa-painovaikeuksia ja sekavuutta. Taustalla saattaa olla jokin konkreettinen syy tai sairaus, mutta yleistilan huonontumisen takana voi olla myös heikentyneen toimintakyvyn tukena olleen avuntarjonnan väheneminen tai muun tukiverkoston pettäminen ilman äkillistä muutosta terveydentilassa. Tämän vuoksi esitietojen selvittäminen ja huolellinen kliininen tutkimus on hyvin tärkeää. Ensihoito on tärkeässä asemassa tällaisten potilaiden esitietojen antamisen osalta, sillä erityisesti potilaan toimintakykyä on helpompi havainnoida ja arvioida potilaan tavallisessa toimintaympäristössä, yleensä kotiolosuhteissa. (Lindberg 2005, 374 – 379; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013, ei julkinen.)

Tämän kehittämishankkeen tavoitteena on käyttöönottaa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen projektiryhmän suunnitelma toimintakyvyn arvioinnista ensihoidossa ensihoitajien työvälineeksi ja saada tutkimusnäyttöä sen hyödyllisyydestä. Lisäksi tavoitteena on hyödyntää systemaattista toimintakyvyn arviointia ensihoidon ja päivystyksen välisessä yhteistyössä. Kehittämishankkeen tarkoituksena on lisätä ensihoitajien työvälineitä potilaan kokonaisvaltaiseen arviointiin ja sen myötä helpottaa ensihoitajien tekemiä päätöksiä potilaan hoidosta, mahdollisesta kuljettamiskohteesta tai kuljettamatta jättämisestä.

## 2 KOHDEORGANISAATIO

Kehittämishankkeen toimeksiantajana toimi valtakunnallinen lääkärihelikopteritoiminnan hallinnointiyksikkö FinnHEMS. Nimessä Finn on maan tunnus tarkoittaen Suomea ja HEMS on kansainvälisesti tunnettu lyhenne englanninkielisistä sanoista *Helicopter Emergency Medical Services*. Suomennettuna sillä tarkoitetaan kiireellistä lääkärihelikopteritoimintaa. FinnHEMSin omistavat Suomen viisi yliopistollista sairaanhoitopiiriä. Lääkärihelikopteritoiminnan tehtävänä on toimia yliopistollisten sairaanhoitopiirien strategisena kumppanina ensihoitopalvelussa. FinnHEMSin visiona on *olla helikopterilla liikkuva ensihoitopalvelun johtava ja kansainvälisesti arvostettu asiantuntija, joka hallinnoi ensihoitopalvelun toteuttamisessa tarvittavia palveluita ja kumppanuuksia*. Tavoitteena FinnHEMSillä on tukea turvallisen, laadukkaan ja tasa-arvoisen ensihoitopalvelun toteuttamista. (FinnHEMS 2014b.)

FinnHEMS toimii kuudessa tukikohdassa ympäri Suomea. Lääkärihelikopteritukikohdat ovat alueillaan ensihoidon ympärivuorokautisia päivystyspisteitä, jotka turvaavat kansalaisille tasapuoliset lääkäritasoiset ensihoitopalvelut. Lääkärihelikopterin hälyttää paikalle hätäkeskus FinnHEMSin laatimien hälyttämisohjeiden mukaisesti. Hälytyskriteerit ovat eri puolilla Suomea erilaiset johtuen ambulanssien hoidon tason, valmiusaikojen ja etäisyyksien vaihtelusta. Tyypillisimpiä tehtäviä lääkäriyksikölle ovat tajuttomuus, elottomuus, rintakipu sekä liikenneonnettomuudet. Vuonna 2013 FinnHEMSin lääkärihelikopterit hoitivat lähes 14 000 tehtävää. (FinnHEMS 2014a.)

FinnHEMSin tavoitteena on luoda tasapuolinen ja tasalaatuinen ensihoitopalvelukokonaisuus yhdessä erityisvastuualueiden ensihoitokeskusten kanssa. Tämän tavoitteen saavuttaminen vaatii jatkuvaa kehitystyötä toiminnan monilla eri osa-alueilla. Keskeisimmät kehittämisprojektit ovat pysyvän ja toimintaa hyvin palvelevan tukikohtaverkoston rakentaminen sekä hälyttämisohjeiden jatkuva päivittäminen. FinnHEMS ei tavoittele toiminnallaan voittoa, vaan käyttää toiminnasta saatuja tuottoja muun muassa ensihoidon tutkimus- ja kehittämistoimintaan. (FinnHEMS 2013.)

Päijät-Hämeen Ensihoito- ja päivystyskeskuksen muodostavat päivystyspoliklinikka ja tarkkailuosasto (päivystyskeskus) sekä ensihoitokeskus. Päijät-Hämeessä on keskitetty päivystyspalvelut alueelliseen yhteispäivystyskeskukseen (Akuutti24). Yhteispäivystys huolehtii ympärivuorokautisesti koko Päijät-Hämeen terveydenhuollon päivystystoiminnasta mukaan lukien suun terveydenhuollon päivystys. Ensihoitokeskuksen tehtävänä on järjestää, ohjata ja kehittää sosiaali- ja terveyspiirin ensihoitopalveluja tasapuolisiksi sekä toiminnallisesti että laadullisesti. Ensihoitokeskus organisoii alueen ensihoidotoiminnan ja ylläpitää riittävää valmiutta sekä suunnittelee alueella tarvittavien ensihoitoyksiköiden määrän, tason, sijoittelun ja valmiusajat. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä 2013.)



Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä (PHSOTEY) vastaa sairaanhoitopiirille kuuluvista lakisääteisistä tehtävistä, kuten ensihoitopalvelun järjestämisestä, voimassa olevan palvelutasopäätöksen mukaisesti. PHSOTEY ensihoitokeskus on tehnyt Päijät-Hämeen pelastuslaitoksen kanssa laajapohjaisen yhteistoimintasopimuksen alueen (H+P) ensihoitoyksiköiden osalta. Ensihoitokeskus vastaa alueen vaativan hoitotason (H+H) ensihoitoyksiköistä ja kiireettömien siirtokuljetusten järjestämisestä. Lisäksi Sysmä-Hartolan sairaankuljetuksen kanssa on toistaiseksi voimassa oleva sopimus toiminnasta. PHSOTEY ensihoitokeskuksen tavoitteena on järjestää ensihoitopalvelu niin, että riskeiltään ja palvelutarpeiltaan samantasoiset alueet saavat yhdenvertaista palvelua. Tavoitteena on osaavan, hyvin johdetun ja tehokkaan ensihoitopalvelun järjestäminen luomalla hyvä toiminnallinen kokonaisuus ilman kuntarajoja. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä 2013b.)

Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos on perustanut sähköisen ensihoitokertomuksen tietosisällön määrittämiseen projektiryhmän, jonka tavoitteena on määritellä ensihoitoon liittyvien valtakunnallisen potilastiedon arkiston (eArkisto), rekisterien ja tilastotuotannon vaatimat tieto- ja rakennesisällöt, kliiniset luokitukset sekä ensihoitokertomuksen tietojen yhteiskäyttöön liittyvät vähimmäisvaatimukset. Yhtenä uutena muuttujana on määritelty ECOG-toimintakykyluokitus, jonka käytettävyyttä ja hyödyllisyyttä tässä hankkeessa pyritään selvittämään. Kokonaisuutena ensihoitokertomuksen tietosisältöjen määrittely tulee sisältymään viranomaisten yhteiseen kenttäjärjestelmähankkeeseen (KEJO), jonka yhteydessä määritellään tietojärjestelmän toiminnalliset ominaisuudet. Projektiryhmän toimikaudeksi on asetettu 1.5.2013 – 31.12.2014. (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2013, ei julkinen.)

### 3 ENSIHOIDON ERITYISPIIRTEET

#### 3.1. Ensihoitopalvelu

Ensihoitopalvelu on osa terveydenhuollon päivystystoimintaa, jonka perustehtävä on turvata äkillisesti sairastuneen ja onnettomuuden uhrin korkeatasoinen hoito tapahtumapaikalla ja matkalla sairaalaan. Nykypäivän ensihoitopalvelun tehtäväkuva on muuttunut merkittävästi entisajan kiireellä sairaalaan kuljettamisesta potilaan hoitamiseen ja hänen tilansa vakauttamiseen heti kohdattaessa. Sairaalan ulkopuolista ensihoitoa voidaankin pitää lääkinällisenä pelastustoimintana, jota voidaan toimintaympäristönsä, arvojen, luonteensa ja yllätyksellisyytensä vuoksi verrata perinteisiin palo- ja pelastustoimen palveluihin. Ensihoidossa on kuitenkin aina huomioitava potilaan lakisääteinen asema sekä kunnioitettava terveydenhuollon arvoja ja asetuksia. (Määttä 2005, 24; Määttä 2013, 14, 16-17.)

Kansainvälisestä näkökulmasta ensihoito on hyvin nuori terveydenhuollon toimi-alue, minkä vuoksi erilaisia ensihoitojärjestelmiä on käytössä niin maan- kuin maailmanlaajuisesti. Myöskään ensihoidossa käytettävät käsitteet eivät ole vielä vakiintuneet. Vasta viime vuosina on syntynyt tarve mitata, analysoida ja esittää ensihoidon tuloksellisuutta. Ensihoidon toiminnan vaikuttavuutta on tutkittu vielä varsin vähän ja puutteellisesti. Ensihoidon vaikuttavuutta ja sen tuottamaa lisäarvoa olisi kuitenkin tärkeää arvioida perusteellisesti. (Määttä 2005, 24 – 31.)

Ensihoidon tehtäväkirjo on hyvin laaja. Tehtävät vaihtelevat hätätilapotilaiden henkeä pelastavasta ensihoidosta aina vanhusten yksinäisyydestä ja turvattomuudesta aiheutuviin tehtäviin. Terveydenhuollon toiminnalliset muutokset, avohoidon lisääntyminen, hoitoaikojen lyhentymisen, medianäkyvyys ja kansalaisten tietoisuus ovat lisänneet jatkuvasti ensihoidon tehtävämääriä. Myös odotukset ensihoidon vaikuttavuudesta ovat korkeammalla kuin koskaan. Erityisesti terveydenhuollon päivystyspisteiden keskittäminen isommiksi kokonaisuuksiksi on lisännyt ensihoitopalvelun kysyntää ja merkitystä. Toimivan ensihoitopalvelun tarkoituksena onkin vähentää päivystysten potilasruuhkia ja ohjata potilaat tarkoituksenmukaisiin hoitopaikkoihin. Ensihoitajien tulee olla tietoisia jatkuvasti muuttuvista terveydenhuollon- ja myös sosiaalitoimen palveluista ja tarvittaessa ohjata potilaita näiden käyttämiseen. (Määttä 2005, 24; Määttä 2013, 14, 16 – 17.)

#### 3.2. Ensihoitoa koskeva lainsäädäntö

Ensihoitopalvelu on osa terveydenhuollon toimintaa, jota ohjailevat monet lait ja asetukset, kuten terveydenhuoltolaki ja asetus ensihoitopalvelusta. Lisäksi ensihoitajia velvoittaa laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista.

**Terveydenhuoltolain** (1326/2010) tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä ja hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista

turvallisuutta ja kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja toteuttaen väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta. Lain takoituksena on myös vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä ja perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä sekä lisätä terveydenhuollon toimijoiden välistä yhteistyötä. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 1:2§.) Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuollon palvelut sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin alueen asukkaiden hyvinvointi, potilasturvallisuus, sosiaalinen turvallisuus ja terveydentila sekä niihin vaikuttavien tekijöiden seurannan perusteella arvioitu tarve edellyttävät. Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on huolehdittava palvelujen järjestämisestä ja saatavuudesta yhdenvertaisesti koko alueellaan. Terveydenhuoltopalvelut on järjestettävä alueella lähellä asukkaita, paitsi jos palvelujen alueellinen keskittäminen on perusteltua palvelujen laadun turvaamiseksi. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 1:10§.)

Terveydenhuoltolain 34 ja 43§ lisäksi terveydenhuoltopalveluiden järjestämisestä säädetään valtioneuvoston asetuksessa terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta (377/2011). Samaan erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien on tehtävä erikoissairaanhoidon järjestämissopimus, jossa sovitaan alueellisesta työnjaosta, toiminnan yhteensovittamisesta sekä uusien menetelmien käyttöönoton periaatteista. Järjestämissopimuksessa määritellään myös ensihoitokeskuksen tehtävät. Ensihoitokeskus vastaa muun muassa lääkäritasoisesta ensihoidosta, käytännön potilasohjauksesta sekä tietyistä sosiaali- ja terveystoimen viranomaisradioverkkoon ja kenttätietojärjestelmään liittyvistä tehtävistä. Ensihoitokeskus päättää myös erityisvastuualueen lääkärihelikopteritoiminnasta. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta säätää myös ensihoitokeskuksen tehtävistä. Terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa on sovittava kiireellisen sairaanhoidon järjestämisestä alueella ympärivuorokautisen päivystyksellä. Päivystyspisteistä päätettäessä on otettava huomioon alueen ensihoitopalvelu, päivystyspisteiden väliset etäisyydet sekä väestön palvelutarve. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010; Valtioneuvoston asetus terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta 337/2011.)

Terveydenhuoltolain mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä myös alueensa ensihoitopalvelu. Sairanhoitopiiri voi valita ensihoitopalvelun järjestämistavan tarkoituksenmukaiseksi katsomallaan tavalla hoitamalla toiminnan itse, järjestämällä ensihoitopalvelun yhteistyössä alueen pelastustoimen kanssa tai hankkimalla palvelun muulta julkiselta tai yksityiseltä palvelun tuottajalta. Ensihoitopalvelu on kuitenkin suunniteltava ja toteutettava yhteistyössä päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa siten, että nämä yhdessä muodostavat alueellisesti toiminnallisen kokonaisuuden. Sairanhoitopiirin kuntayhtymä tekee ensihoidon palvelutasopäätöksen, jossa määritellään ensihoitopalvelun järjestämistapa, palvelun sisältö, ensihoitopalveluun osallistuvan henkilöstön koulutus, tavoitteet potilaan tavoittamisajasta ja muut alueen ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta tarpeelliset seikat.

Palvelutasopäätöksessä on määriteltävä ensihoitopalvelun sisältö siten, että palvelu on toteutettava tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti ja siinä on otettava huomioon ensihoidon ruuhkatilanteet. (Terveystieteellisen tutkimuksen laiton asetus 1326/2010 4:39§.)

Ensihoitopalveluun sisältyy äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellinen hoito ja tarvittaessa potilaan kuljettaminen lääketieteellisesti arvioiden tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön sekä tarvittaessa potilaan, hänen läheisensä ja muiden tapahtumaan osallisten ohjaaminen psykososiaalisen tuen piiriin. Ensihoitopalveluun kuuluu ensihoitovalmiuden ylläpitäminen ja osallistuminen alueellisten varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen suuronnettomuuksien ja terveydenhuollon erityistilanteiden varalle yhdessä muiden viranomaisten ja toimijoiden kanssa sekä tarvittaessa virka-avun antaminen poliisille, pelastusviranomaisille, rajavartiolaitokselle ja meripelastusviranomaisille niiden vastuulla olevien tehtävien suorittamiseksi. Lisäksi sairaanhoitopiirin kuntayhtymä voi päättää palvelutasopäätöksessään ensivastetoiminnan sisällyttämisestä osaksi ensihoitopalvelua. (Terveystieteellisen tutkimuksen laiton asetus 1326/2010 4:40§.) Terveystieteellisen tutkimuksen laiton asetuksella tarkoitetaan ensihoitopalvelun sisällöstä ja tehtävistä, ensihoidon palvelutasopäätöksen määrittelyn perusteista ja rakenteesta, ensihoitopalveluun osallistuvan henkilöstön tehtävien määrittelyn perusteista ja koulutusvaatimuksista, ensihoitopalvelun perus- ja hoitotason määrittämisestä sekä ensivastetoiminnasta säädetään tarkemmin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella ensihoitopalvelusta (Terveystieteellisen tutkimuksen laiton asetus 1326/2010 4:41§).

**Asetus ensihoitopalvelusta** määrittelee terveydenhuoltolaissa (1326/2010) tarkoitettua ensihoitopalvelua sekä erityisvastuualueen ensihoidokeskuksen tehtävät ja vastuualueet. Ensihoitopalvelun tehtävissä määritellään muun muassa sairaanhoitopiirin kuntayhtymän vastuu ylläpitää alueensa ensihoitovalmiutta ja päivittäistoimintaa, johtaa operatiivista toimintaa sekä laatia ohjeistukset toimintaan liittyen. Ensihoidokeskuksen vastuualueisiin kuuluu ensihoitoa koskevien ohjeistuksien ja tietojärjestelmien yhteensovittaminen paikallisella ja valtakunnallisella tasolla, ensihoitopalvelun toiminnan tilastojen ja vaikuttavuuden seuranta sekä ensihoidon tutkimustoiminnan edistäminen alueella. Lisäksi asetuksessa määritellään ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen sisältö, riskialue- ja tehtäväkiireellisyysluokat, tavoittamisajojen määrittely sekä ensihoitopalvelun yksiköiden, henkilöstön ja johtamisjärjestelmän vähimmäisvaatimukset. (STM:n asetus 340/2011.)

**Terveystieteellisen tutkimuksen laiton asetuksella** (559/1994 1§) tarkoitetaan on edistää potilasturvallisuutta ja sekä terveydenhuollon palvelujen laatua. Tämä tapahtuu varmistamalla, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet. Lisäksi tulee järjestää terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvonta terveyden- ja sairaanhoidossa ja helpottaa ammatillisesti perusteltua terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistyötä ja tarkoituksenmukaista käyttöä. Lain (559/1994 15§) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön

ammattieettisiä velvollisuuksia ovat terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Ammattitoiminnassa on sovellettava yleisesti hyväksyttyjä ja kokemuseräisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksen mukaisesti. Koulutusta on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koituva hyöty ja sen mahdolliset haitat. Lisäksi tulee huomioida mitä laissa potilaan oikeuksista säädetään. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee aina antaa kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle apua. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994.)

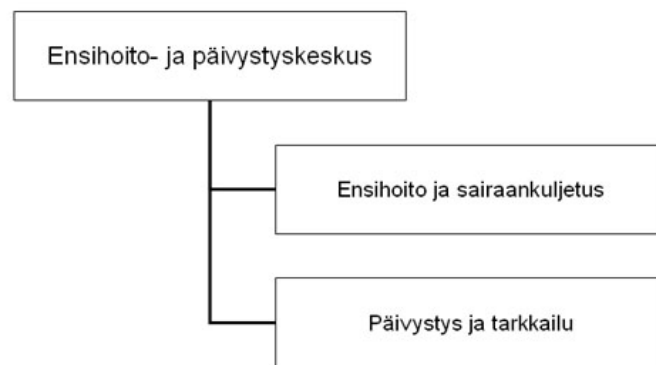
**Laki potilaan aseman ja oikeuksien** (17.8.1992/785, 3§) määrittelee potilaalla olevan oikeuden laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaan hoito on järjestettävä hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittaen sekä ihmisarvoa loukkaamatta. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja potilaalla tulee olla mahdollisuus kieltäytyä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä. Mutta jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan on potilasta hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena. Lisäksi potilaalle on annettava kiireellistä hoitoa hänen henkeään tai terveyttään uhkaavan vaaran torjumiseksi, vaikka potilaan tahdosta ei voitaisi saada selvyyttä, esimerkiksi tajuttomuuden vuoksi. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

### 3.3. Ensihoitopalvelu Päijät-Hämeessä

Terveydenhuoltolaki on siirtänyt kuntien järjestämisvastuulla olleen sairaankuljetuksen sairaanhoitopiirien vastuulle vuoden 2013 alusta. Samalla käsite sairaankuljetus on muutettu ensihoitopalveluksi, joka luetaan kiinteäksi osaksi terveydenhuollon päivystyspalveluja. Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä tekee ensihoidon palvelutasopäätöksen. Palvelutasopäätöksessä on määriteltävä ensihoitopalvelun sisältö siten, että palvelu on toteutettava tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti ja siinä on otettava huomioon ensihoidon ruuhkatilanteet. Päijät-Hämeessä kyseisen palvelutasopäätöksen on tehnyt ja vahvistanut Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä (PHSOTEY). Palvelutasopäätöksessä on määritelty ensihoitopalvelun järjestämistapa, palvelun sisältö, ensihoitopalveluun osallistuvan henkilöstön koulutus, tavoitteet potilaan tavoittamisajasta ja muut alueen ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta tarpeelliset seikat. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä 2013b.)

Päijät-Hämeessä on keskitetty päivystyspalvelut alueelliseen yhteispäivystykseen Akuutti 24, minkä vuoksi ensihoitopalveluiden kehittäminen ja uudenlaiset toimintamuodot ovat perusteltuja varsinkin haja-asutusalueiden palveluiden tuottamisessa. Päivystyspalveluiden keskittäminen on myös korostanut ensihoidossa potilaiden hoidon tarpeen arviointia ja tarkoituksenmukaiseen hoitopaikkaan ohjaamista tai kuljettamista. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymän Päivystys- ja ensihoitokeskus (kuvio 1.) vastaa alueen terveydenhuollon

päivystystoiminnasta ja ensihoitopalvelun järjestämisestä. PHSOTEY ensihoitokeskuksen strategisena tavoitteena on järjestää ensihoitopalvelu niin, että riskiluokiltaan ja palvelutarpeiltaan samantasoiset alueet saavat samanlaista palvelua yhdenvertaisuus periaatteen mukaisesti. Ensihoitokeskus on tällä hetkellä voimassa olevan palvelutasopäätöksen mukaisesti järjestänyt ensihoitopalvelun yhteistyössä Päijät-Hämeen pelastuslaitoksen ja Sysmä-Hartolan sairaankuljetuksen kanssa. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöryhmä 2013b.)

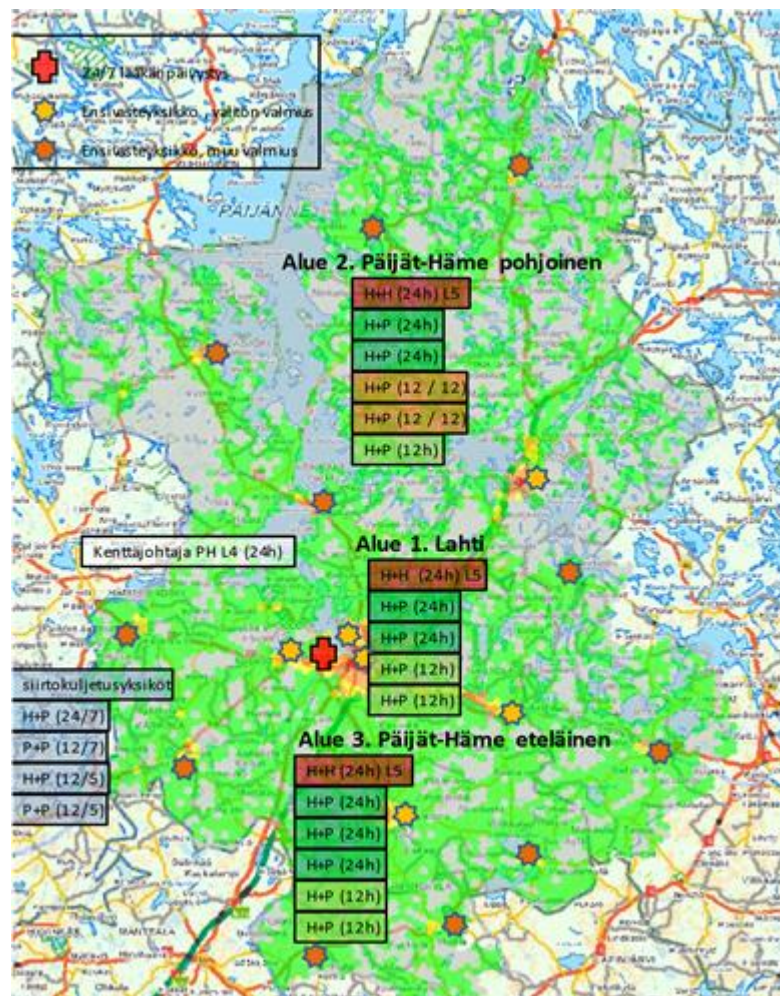


Kuvio 1. Päivystys- ja ensihoidokeskuksen organisaatiokaavio (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöryhmä).

PHSOTEY ensihoidokeskus vastaa vaativan hoitotason ensihoidosta sekä kenttäjohtamisesta. Vaativan hoitotason (H+H) ensihoitoyksiköitä operoi Päijät-Hämeen alueella kolme. Lisäksi ensihoidokeskus järjestää kiireettömät ambulanssia vaativat potilaskuljetukset, joiden organisoitiin on perustettu kuljetustoimisto hätäkeskuksen lopetettua kiireettömien kuljetustehtävien välittämisen. Siirtokuljetusyksiköitä voidaan tarvittaessa käyttää alueella korkeariskisissä tehtävissä myös ensivasteyksikköinä, suuronnettomuustilanteissa tai muissa ensihoitopalvelun erityistilanteissa lisäresurssina. Ensihoitokeskus on tehnyt Päijät-Hämeen pelastuslaitoksen kanssa laajapohjaisen yhteistoimintasopimuksen hoitotason (H+P) ensihoitoyksiköiden osalta. Lisäksi pelastuslaitos huolehtii ajoneuvokalustosta huoltoineen ja suuresta osasta toimitiloja. Ensihoitokeskuksen ja pelastuslaitoksen välisessä yhteistoimintasopimuksessa on määritelty molempien osapuolten vastuut ja sovittu toiminnan ohjaus- ja seurantajärjestelmästä sekä kustannusten jakautumisesta. Sysmä-Hartolan sairaankuljetuksen kanssa ensihoidokeskuksella on toistaiseksi voimassa oleva sopimus ensihoidon järjestämisestä Sysmä-Hartola alueella. Palvelutasopäätöksen mukainen potilaiden tavoitettavuus vaatii 24/7 valmiudessa olevia välittömän lähtövalmiuden ensihoitoyksiköitä 12 kappaletta, ja lisäksi osan vuorokautta valmiudessa olevia yksiköitä viisi kappaletta toimintaa tukemaan (Kuva 1.). Asemapaikkoja Päijät-Hämeen alueella on 12 kappaletta, joista yhdeksän on jatkuvassa valmiudessa ensihoidon osalta. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöryhmä 2013b; Päijät-Hämeen pelastuslaitos 2014.)

Ensihoitopalvelun saatavuus Päijät-Hämeen alueella perustuu ensihoitoasetuksen mukaisen riskianalyysin perusteella alueittain viiteen

riskiluokkaan, jonka pohjalta palvelutasopäätöksessä on määritelty tavoitteet potilaiden tavoittamisajoista, ensihoitoyksiköiden tarvittavat asemapaikat ja yksiköiden toimintavalmiusajat (Kuva 1.). Palvelutasopäätöksessä määritellään, kuinka suuri osuus (%) kunkin riskialueen väestöstä pyritään tavoittamaan eri tehtäväkiireellisyysluokissa eri tasoilla ensihoitoyksiköillä tai vähintään ensivastetason yksiköllä. Ensihoitopalvelun saatavuus tulee olla riskiluokka-alueilla sama koko sairaanhoitopiirin alueella. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä 2013b.)



Kuva 1. Päijät-Häme riskialuealuokkina ja alueen ensihoitoyksiköiden sijoittuminen (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä 2013b).

Ensihoitopalvelua johtavat Ensihoitokeskuksen ensihoidon ylilääkäri ja ensihoitopäällikkö, jotka vastaavat ensihoidotyön laadusta ja kehittämisestä. Ensihoidon ylilääkäri johtaa ensihoitopalvelua kokonaisuutena ja vastaa muun muassa lääketieteellisestä ohjauksesta ja valvonnasta, ohjeistuksien laadinnasta, tiedottamisesta sekä ensihoitopalvelun taloudesta ja sen suunnittelusta. Ensihoitopäällikkö toimii hallinnollisena, operatiivisena ja lääkinnällisenä johtajana sekä kenttäjohtajien esimiehenä ja huolehtii osaltaan ensihoidon kehittämisestä, suunnittelusta ja tiedottamisesta sekä yhteistoiminnan ylläpitämisestä kaikkien yhteistyötahojen kanssa. Ensihoitokeskuksen kenttäjohtajat (L4) vastaavat alueen operatiivisesta ensihoitovalmiudesta, vastaavat operatiiviseen toimintaan liittyvästä

tiedottamisesta ja viranomaisyhteistyöstä sekä toimivat monipotilastilanteissa ja moniviranomaistehtävissä tilannepaikan ensihoidon johtajana. Lisäksi kenttäjohtajille kuuluu ensihoitopalvelun kehittämiseen, tutkimukseen, tilastointiin ja osaamisen ylläpitoon ja arviointiin liittyviä tehtäviä. Kenttäjohtajan ollessa estyneenä voivat vastaavan hoitotason ensihoitajat toimia oman alueensa ensihoidon lähdönjohtajina (L5). (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä 2013b.)

Päijät-Hämeessä ensihoitopalvelun tavoitteena on vaikuttavuus ja tehokkuus sekä kustannusten läpinäkyvyys. Tarkoituksena on tuottaa korkeatasoisia ensihoitopalveluita, jotka huomioivat alueen väestöpohjan ja eri hoitolaitoksien tarpeet käytettävissä olevien resurssien oikealla kohdentamisella. Tavoitteena on myös ensihoitopalvelun vetovoimaisuus työpaikkana. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä 2013b.) Ensihoitotoiminnassa mukana olevan henkilöstön ammattitaitoa kehitetään ja jaksamista seurataan jatkuvasti. Henkilöstön ammattitaito ja motivaatio ovat ratkaisevassa asemassa, kun ensihoitopalveluita pyritään tuottamaan tehokkaasti ja taloudellisesti. Ensihoitotoimintaa ohjaavat arvot ovat oikeudenmukaisuus, luotettavuus, ammattitaitoisuus, inhimillisuus ja yhteistyökyky. Kun taas ensihoitotoiminnan periaatteita ovat palvelukyky ja vaikuttavuus, uudistuminen ja henkilöstön työkyky sekä taloudellisuus ensihoidossa. (Päijät-Hämeen pelastuslaitos 2014.)

### 3.4. Ensihoitajien koulutusvaatimukset

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa ensihoitopalvelusta (340/2011 8§.) määritetään myös ensihoitopalvelun henkilöstön koulutusvaatimukset, jotka lisäksi pohjautuvat terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettuun lakiin (559/1994). Määrityksessä on eritelty ensivasteyksikön, perustason ensihoitoyksikön ja hoitotason ensihoitoyksikön henkilöstön koulutusvaatimukset.

PHSOTEY ensihoitokeskus on määritellyt ensihoidon henkilöstön koulutusvaatimukset, jotka pohjautuvat edellä mainittuun ensihoitoasetukseen sekä ensihoitokeskuksen järjestämiin osaamisen testauksiin ja koulutuksiin. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä 2013b.) Palvelutasopäätösesityksessä selvitetään, että perustason ensihoitoyksikössä toisen ensihoitajan on oltava vähintään terveydenhuoltoalan ammattihenkilö, jolla on ensihoitoon suuntautunut koulutus ja toisen ensihoitajan vähintään pelastajatutkinnon tai sitä vastaavan aiemman tutkinnon suorittanut henkilö. Lisäksi molempien tulee olla suorittanut ensihoitokeskuksen perustason osaamisen testaus ja osallistua säännöllisesti järjestettävään täydennyskoulutukseen.

Hoitotason ensihoitoyksikössä toisen ensihoitajan on oltava koulutukseltaan ensihoitaja AMK tai sairaanhoitaja AMK, joka on suorittanut hoitotason ensihoitoon suuntaavat 30 opintopisteen laajuiset erikoistumisopinnot, tai sellainen henkilö, joka täyttää ensihoitoasetuksen pykälän 11§ mukaiset siirtymäsäännökset hoitotason kelpoisuuden osalta. Lisäksi ensihoitajan tulee olla suorittanut ensihoitokeskuksen hoitotason osaamisen testaus ja osallistua säännöllisesti järjestettävään



täydennyskoulutukseen. Toisen ensihoitajan tulee täyttää perustason vaatimukset. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijä 2013b.)

Vaativan hoitotason ensihoitoyksikössä molempien ensihoitajien tulee olla ensihoitaja AMK tai sairaanhoitaja AMK, joka on suorittanut hoitotason ensihoitoon suuntaavat 30 opintopisteen laajuiset erikoistumisopinnot. Lisäksi edellytetään riittävää kokemusta kiireellisestä hoitotason ensihoidosta, perehdytystä kenttäjohtamiseen sekä ensihoidon farmakologian jatko-opintoja ensihoitokeskuksen erikseen määrittelemällä tavalla. Molempien ensihoitajien tulee olla suorittanut ensihoitokeskuksen osaamisen testaus. Vaativan hoitotason ensihoitajat ovat säännöllisessä työkierrossa akuutissairaanhoidon alueella. Kenttäjohtajalla tulee olla edellisten koulutusvaatimusten lisäksi 30 opintopisteen laajuinen ensihoidon johtamisen koulutus sekä riittävä hallinnollinen ja operatiivinen osaaminen. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijä 2013b.)

PHSOTEY ensihoitokeskus järjestää alueensa ensihoitajille ylläpito- ja täydennyskoulutusta säännöllisesti. Lisäksi ensihoitajat osallistuvat ensihoitopalvelun tehtäviensä kannalta tarpeellisten myös muiden erikoisalojen (kotisairaanhoito, päivystys, tehohoito ym.) ja viranomaisien (mm. poliisi, pelastustoimi ja puolustusvoimat) koulutuksiin. Päijät-Hämeen pelastuslaitos järjestää myös säännöllisesti koulutuksia henkilöstölleen. Koulutuksiin osallistumista seurataan ja osaamista varmennetaan säännöllisesti ensihoidon näytötkokein teoriassa ja käytännössä. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijä 2013b.)

## 4 ENSIHOIDON JA PÄIVYSTYKSEN YHTEISTOIMINTA

### 4.1. Päätöksenteko ensihoidossa

Kun ensihoitaja kohtaa potilaan, tulee hoitajan tehdä nopea ensiarvio tilanteesta ja arvioida peruselintoiminnot. Tämän jälkeen aloitetaan oireen selvittäminen haastatteleamalla potilasta, mahdollisia omaisia tai silminnäkijöitä ja suunnataan tutkimukset potilaan ongelman mukaisesti. Hoitotoimenpiteitä tehtäessä arvioidaan tilanteen kehittyminen ja toistetaan potilaan tutkiminen hoidon vasteen arvioimiseksi. Jotta tämänlainen toiminta tapahtuisi ripeästi ja automaattisesti, pitää ensihoitajalla olla selvä perustoimintamalli hätätilapotilaan hoitoon. Kyseistä toimintamallia voidaan pienin muutoksin soveltaa erilaisiin potilastapauksiin. (Rekola 2008, 63.) Auvinen, Palukka ja Tiilikka (2012, 62 – 63) toteavat, että potilastapaukset voivat olla haastavia ja vaikeita, mutta ammattitaitoinen ja vastuullinen ensihoitaja osaa hallita ne. Tutkimuksessa haastatellut ensihoitajat perustelevat lääketieteellisin tai hoitotieteellisin keinoin, miten he hallitsevat erilaisia työtilanteita ja potilaita. He korostavat, että lääketieteellistä perustaa ja erilaisten tilanteiden järkevää hallintaa tarvitaan voimakkaitakin tunteita herättävissä ensihoitotehtävissä. Ensihoidossa tarvittavat taidot eivät ole tekemällä oppimisen tulosta, vaan niihin liittyy aina kriittinen ja analyyttinen ajattelutaito. Taito on kykyä valita omista empiirisistä, käsitteellisistä, eettisistä ja kokemuksen kautta syntyneistä ajattelu- ja toimintamalleista kulloiseenkin ensihoitotilanteeseen sopiva.

(Rekola 2008, 48.) Auvinen ym. (2012, 62 – 63) vahvistavat tutkimushankkeessaan, että ensihoitajan ammattitaito perustuu rationaaliseen toiminnan hallintaan.

Terveystenhuoltolain uudistuksen myötä ensihoidossa toimiville ammattilaisille on syntynyt tarve osaamisen syventämiselle. Tavoite onkin, että ensihoitajien kliininen osaaminen olisi niin korkeatasoista, että he pystyisivät tekemään hoidon tarpeen arvioinnin samalla tavoin kuin päivystyksessä (Kuronen & Tolonen 2012). Hoidon tarpeen arvioi lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla tulee olla tehtävän suorittamiseen riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito. Käytännössä hoitajan tekemä arviointi perustuu johtavan tai vastaavan lääkärin laatimiin ohjeisiin, jolloin lääkäriellä on oma vastuunsa toiminnasta. Hoitajan vastuulla on puolestaan voimassa olevien ohjeistuksien noudattaminen. Hoito-ohjeistuksien ajantasaisuus, yhtenäisyys, selkeys ja saatavuus ovat oleellisia potilasturvallisuuden ja hoidon laadukkaan toteuttamisen kannalta. Hoitokäytäntöjen ja -ohjeistuksien muuttuessa täydennyskoulutusten ja osaamisen varmistamisen merkitys korostuu. (Syväoja & Äijälä 2009, 26 – 27; Lindfors-Niilola, Riihelä & Kaskinen 2013, 10 – 11.) Hoidon tarpeen arviointi tulee myös tehdä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa ottaen huomioon laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Kuitenkin varsinaisen päätöksen hoidon toteuttamisesta tekee terveydenhuollon ammattihenkilö. (Lindfors-Niilola ym. 2013, 10 – 11.)

Terveystenhuollon ammattihenkilönä myös ensihoitajan tekemät päätökset potilaan hoidon tarpeesta vaikuttavat usein koko hoitoketjun toimintaan ja potilaan hoitoprosessiin, ja näillä päätöksillä on keskeinen rooli hoidon laadun ja potilasturvallisuuden kannalta. Tämä korostuu ensihoidossa, jossa hoitopäätökset ja hoidon tarpeen arviointi tapahtuvat etulinjassa. (Rekola 2008, 47; Syväoja & Äijälä 2009, 34.) Auvinen ym. (2012, 87 – 88) ovat havainneet tutkimuksensa loppuraportissa ensihoitajien jäsentävän yksityisen palveluntuotannon riskiksi ensihoitopalvelun potilasturvallisuudelle, kustannustehokkuudelle sekä ensihoitajien työturvallisuudelle. Potilaan hoidon ja hoitopäätösten pitäisi toteutua ensihoidossa vastuullisesti ja lääketieteellisiin syihin perustuen, eikä sen mukaan, miten paljon se tuottaa voittoa. Tutkimuksen tulokset osoittavat myös sen, että sekä yksityisen että julkisen palveluntuottajan palveluksessa oleville ensihoitajille universaali vastuu potilaista on työn tärkeä arvoulottuvuus. Ensihoitajien tehtävänä on turvata palvelut ja taata kansalaisten yhdenvertaisuus. Pohjimmiltaan ensihoitotoiminnan laadussa ja yhdenvertaisuuden toteutumisessa ratkaisevinta on kuitenkin palvelutuotannon rahoitusmalli, eikä tuottaja (Pappinen 2014.) Nykyisessä ensihoitopalveluiden rahoitusjärjestelmässä ei huomioida ensihoidon erilaisten tehtävätyyppien ja hoitojen välisiä kustannuseroja, mikä kannustaa palveluntuottajia enemmänkin edullisempien perustason tai siirtokuljetus tehtävien hoitamiseen kuin kalliimpien hoitotason tehtävien hoitamiseen tai varsinaisen hoitoprosessin tehostamiseen. Lisäksi KELA:n maksamien korvausten saaminen perustuu useimmiten potilaan kuljettamiseen, mikä myös ohjaa toimintaa tehottomaan suuntaan ja jopa

viivästyttää potilaiden pääsyä lopullisiin hoitopaikkoihin moniportaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä. (Pappinen 2008, 49 – 51.)

Ensihoitotilanteessa ammatillisen päätöksenteon keskeisen tietoperustan muodostavat alaan liittyvä tutkimustieto eli empiirinen tieto, teoretinen tieto eli käsitteellinen tieto, potilaasta ja senhetkisestä tilanteesta kerättävä tieto sekä aikaisemmat kokemukset. Ensihoitotilanteissa potilaan ongelmat eivät ilmene valmiiksi annettuina ongelmien ratkaisuna, vaan muodostuvat yksilöllisesti kussakin ensihoitotilanteessa ja voivat olla hyvinkin epämääräisiä, monimutkaisia, vaihtelevia ja jopa ristiriitaisia. Ensihoitajalta vaaditaan kykyä tarvittaessa hyvinkin nopeasti hahmottaa potilaan tarvitsema hoito ja tehdä hoitoon liittyvät päätökset oman ammatillisen osaamisen rajoissa. (Rekola 2008, 47.) Jensen, Croskerry ja Travers (2009) mukaan kliinistä päätöksentekoa on tutkittu ja arvioitu useilla terveydenhuollon osa-alueilla, mutta ensihoitajien tekemien hoitopäätösten osalta niukasti. Kanadassa tehdyssä tutkimuksessa kokeneiden ensihoitajien päätöksentekoa oli tutkittu useilla eri osa-alueilla tarkoituksena selvittää tärkeimmät päätöksentekoon vaikuttavat tekijät huomioiden potilasturvallisuus ja hoidon vaikutukset potilaalle. Näiden tekijöiden pohjalta tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää päätöksenteon prosessissa käytettävä kartta. (Jensen, Croskerry & Travers 2009.)

#### 4.2. Hoitoketjun jatkuvuus ensihoidosta päivystykseen

Ensihoitojärjestelmän ja päivystyspoliklinikan saumaton yhteistyö on perusedellytys päivystyspotilaan hyvälle hoitoketjulle. Päivystyspotilaan hoitoketjun tulee jatkua sujuvasti ja katkeamatta hätäkeskuksesta ensihoitoon, päivystykseen ja sieltä mahdolliseen jatkohoitopaikkaan. Ensihoidon ja päivystyksen yhteistyön osa-alueita ovat muun muassa ennakoilmoitus, potilaan luovutus ja raportointi sekä potilaan vastaanottaminen. Informaation siirtyminen toimijalta toiselle on keskeistä. Suomessa päivystystoiminnan kehitys on johtanut yhteistoiminnan yleistymiseen sekä hoidon tarpeen arvioinnin ja kiireellisyysluokittelujen käyttöönottoon. (Kempainen 2013, 92 – 93; Kuisma 2005, 41 – 44.) Potilaiden kiireellisyysluokittelu eli triage päivystyspoliklinikoilla on vaikuttanut merkittävästi hoitoon pääsyyn ja jopa potilaiden selviytymiseen. Luokittelu on auttanut myös ruuhkatilanteiden hallinnassa ja resurssien tarkoituksenmukaisessa ja tehokkaassa käytössä. (Sillanpää 2008, 42.) Kuitenkin eri päivystysyksiköiden triage-ohjeistukset poikkeavat hyvinkin merkittävästi toisistaan rakenteeltaan, asiasisällöltään ja laadultaan, mikä johtuu lainsäädännön ja valtakunnallisen ohjeistuksen puuttumisesta hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnissa. Tämä aiheuttaa hoitopaikasta riippuvaa eriarvoisuutta potilaiden asemassa, hoidon jatkuvuudessa ja potilasturvallisuudessa. (Lindfors-Niilola ym. 2013, 48 – 49.)

Potilaan luovutus sairaalan ulkopuolisesta ensihoidosta päivystyspoliklinikalle on monimutkainen prosessi. Luovutuksen laatu on erittäin tärkeää hoidon oikeanlaisen jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden kannalta. (Mikkonen 2011.) Potilaiden luovutuksen yhteydessä hoitovastuu siirtyy ensihoitajilta päivystyksen henkilöstölle. Luovutukseen liittyvät

sekä suullinen että kirjallinen raportointi, joka tulisi järjestää siten, että potilaan hoidosta vastaava hoitaja saa raportin suoraan ilman välikäsiä. Potilaan luovutuksen tulisi myös tapahtua ilman suurta viivettä johtuen ensihoitoyksiköiden valmiusperiaatteesta. (Kuisma 2005, 44.)

Ensihoitajan tulee antaa ennakkoilmoitus potilaasta, joka on kriittisesti sairastunut tai vammautunut ja jonka hoidon tulee jatkua päivystyksessä välittömästi. Ennakkoilmoitus voidaan antaa myös tilanteissa, joissa potilaan hoito vaatii erityisjärjestelyjä, kuten infektiopotilaat. Ennakkoilmoituksen tarkoituksena on antaa tietoa päivystyspoliklinikalle heille saapuvasta potilaasta. Ennakkoilmoitus antaa päivystyspoliklinikan henkilökunnalle aikaa valmistautua vastaanottamaan kriittisesti sairas tai vammautunut potilas. (Kemppainen 2013, 93.) Ennakkoilmoitusta annettaessa olisi hyvä käyttää strukturoitua raportointijärjestelmää (ISBAR), jonka tarkoituksena on yhdenmukaistaa ja selkeyttää viestintää. Sen avulla voidaan ehkäistä ongelmia tiedonkulussa ja parantaa potilasturvallisuutta. Päijät-Hämeen ensihoitopalvelussa ISBAR-raportointijärjestelmää käytetään konsultaatioissa sekä ennakkoilmoituksissa. (Ensihoitokeskus toimintaohje 2013.)

Intensiiviseen ja ajoittain kuormittavaan työhön liittyy konfliktien riski eri organisaatioiden työntekijöiden välillä. Sairaalan ulkopuolisen ensihoidon ja päivystyspoliklinikan yhteistoimintaa voidaan lujittaa esimerkiksi yhteisten säännöllisten tapaamisten ja koulutustilaisuuksien avulla. Myös toisen organisaation työn erityispiirteiden tunteminen, palautteiden kanavoiminen esimiesten kautta sekä jo konfliktien mahdollisuuden tiedostaminen vähentävät riskiä. (Kuisma 2005, 45 – 46.)

#### 4.3. Toimintakyvyn merkitys päivystyspotilaan hoidossa

Usein ensihoidosta ikääntynyt potilas luovutetaan päivystyspoliklinikalle työdiagnoosina yleistilan heikkeneminen. Kyseessä ei kuitenkaan ole yksittäinen sairaus, vaan epämääräinen kokonaisuus, johon useimmiten liittyy voimattomuutta, liikkumisen vaikeutumista, tasa-painovaikeuksia ja sekavuutta. Taustalla saattaa olla jokin konkreettinen syy tai sairaus, mutta yleistilan huonontumisen takana voi olla myös heikentyneen toimintakyvyn tukena olleen avuntarjonnan väheneminen tai muun tukiverkoston pettäminen ilman äkillistä muutosta terveydentilassa. Tämän vuoksi esitietojen selvittäminen ja huolellinen kliininen tutkimus on hyvin tärkeää. Ensihoito on tärkeässä asemassa tällaisten potilaiden esitietojen antamisen osalta, sillä toimintakykyä on helpompi havainnoida ja arvioida potilaan tavallisessa toimintaympäristössä, yleensä kotiolosuhteissa. (Lindberg 2005, 374 – 379; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013, ei julkinen.) Esitietojen saaminen jälkikäteen päivystyspoliklinikalla voi olla hyvinkin haastavaa johtuen potilaan sekavuudesta, muistamattomuudesta, omaisten puuttumisesta tai puutteellisesta lähetteestä. Esitietojen keräämiseen ja kliiniseen tutkimukseen tulisi kuitenkin panostaa, sillä kokonaishoidon epäonnistuessa potilas ajautuu päivystykseen pian uudelleen. Tällainen ”pyörövi-ilmio” kuvastaa päivystysyksikön huonolaatuista toimintaa. Kokonaishoidon laatu riippuu myös ratkaisevasti jatkohoidosta. Onnistunut jatkohoito ja kotiutus vaativat tietoa potilaan toimintakyvystä, hänen

tukiverkostaan ja sairauksien tuomista avuntarpeista. Merkittävä osuus ikääntyneistä potilaista on kotiutettavissa suoraan päivystysalueelta lisätyin tukitoimin tai ilman niitä. (Lindberg 2005, 374 – 379.)

Tuija Arvo (2005) on tutkinut ikääntyneiden potilaiden hoitoa päivystyspoliklinikalla toimintakyvyn näkökulmasta. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ikääntyneen potilaan toimintakykyä ja sen muutosta kotona, päivystyspoliklinikalle tullessa sekä sieltä poistuesssa. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat kahdelle eri päivystyspoliklinikalle saapuneet yli 65-vuotiaat potilaat, joiden jatkohoitopaikkaa suunniteltaessa käytettiin kotiutushoitajan palveluja. Tiedonkeruumenetelmänä oli valmis strukturoitu lomake, joka sisälsi potilaan henkilötiedot, taustamuuttajat ja Barthel-indeksin toimintakyvyn mittaukseen. Tutkimuksessa ilmeni, että ikääntyneen toimintakyky oli jo kotona heikentynyt, ja valtaosa tarvitsi ulkopuolisen tuen liikkumiseen. Päivystyspoliklinikalle tultaessa toimintakyky oli heikentynyt merkitsevästi verrattuna tilanteeseen kotona. Mutta päivystyspoliklinikalta pois lähtiessä toimintakyky oli kaikilta osa-alueilta kohentunut. Tutkimus toi tietoa ikääntyneen päivystyspoliklinikan toimintakyvystä Barthel-indeksillä arvioituna. Tästä tutkimuksesta ja siinä käytettävästä Barthel-indeksistä on hyötyä suunniteltaessa yhteisen toimintakyvyn mittarin käyttöä päivystyspoliklinikalle, päivystyksen vuodeosastoille ja akuuttisairaaloiden vuodeosastoille.

Conforti, Basic & Rowland (2004) ovat tutkineet päivystyspoliklinikalla mitatun toimintakyvyn alenemisen vaikutuksia ikääntyneiden potilaiden sairaalassaoloaikaan. Tutkimuksessa tavoitteena oli tunnistaa mahdollisimman ajoissa, päivystyksestä alkaen, ne potilaat, joiden riski pidentyneeseen sairaalahoitoon on lisääntynyt. Muunnetun Barthel-indeksin avulla oli toimintakyvyn alenemista arvioitu kattavasti yhteensä 469 päivystykseen tulleelta potilaalta, joiden keski-ikä oli 79,4 vuotta. Lisäksi oli käytetty muistia, psyykkistä tilaa ja sosiaalista selviytymistä mittaavia luokituksia. Tutkimuksessa todettiin lyhyen ajan sisällä tapahtuneen toimintakyvyn alenemisen ennustavan pidentynyttä sairaalassaoloaika ja olevan myös merkittävä laukaiseva tekijä akuuttien sairauksien puhkeamisessa ja pitkäaikaissairauksien pahenemisessa, mikä tulisi huomioida hoitopäätösten tekemisessä mahdollisimman aikaisessa vaiheessa.

Wilber, Blanda, Lowell ja Gerson (2006) ovat myös tutkineet ikääntyneiden potilaiden äkillisen toimintakyvyn alenemisen yhteyttä päivystyskäynteihin ja sairaalahoidon tarpeeseen. Tutkimuksessa oli käytetty laajaa fyysistä toimintakykyä ja päivittäisistä toiminnoista selviytymistä mittaavaa luokitusta, jonka avulla oli arvioitu yhteensä 90 päivystyspotilasta, joiden keski-ikä oli 81.6 vuotta. Päivystyskäyntiin johtanut alentuminen toimintakyvyssä oli todettu suurella osalla potilaista (74%) ja lähes kaikki näistä potilaista (72%) olivat joutuneet sairaalahoitoon. Kuitenkin päivystyksestä oli kotiutettu 20 prosenttia potilaista, jotka kokivat etteivät kykene huolehtimaan itsestään tai selviytymään kotona toimintakyvyn alenemisen vuoksi. Tutkimuksessa todettiin toimintakyvyn alenemisen olevan yleistä ikääntyneillä päivystyspotilailla ja myötävaikuttavan

osaltaan näiden potilaiden päivystykseen hakeutumista, mutta sen yhteys varsinaiseen sairaalahoitoon joutumisessa on epäselvä.

## 5 TOIMINTAKYKY

### 5.1. Toimintakyky käsitteenä

Toimintakykyä on vaikea määritellä. Toimintakyky käsitteenä on hyvin suhteellinen ja kiistelty eikä ole olemassa yhtä eri tutkimusaloilla hyväksyttyä määritelmää. Toimintakykyä on mahdollista tarkastella niin monella eri tasolla, monista eri näkökulmista ja erilaisista teoreettisista näkökulmista. (Pohjolainen 2009, 17 – 18; Tallo 2001, 33 – 40.)

Yhdessä mallissa toimintakykyä voidaan tarkastella niin yksilön kuin yhteiskunnankin kannalta. Yksilön kannalta tarkasteltuna toimintakyvyllä voidaan väljästi ilmaistuna tarkoittaa ihmisen fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten ominaisuuksien suhdetta häneen kohdistuviin odotuksiin. Nämä odotukset voivat olla peräisin työn asettamista vaatimuksista tai kotona selviytymisen edellytyksistä. Yhteiskunnan kannalta ihmisten parempi toimintakyky ja sen edistäminen takaa enemmän resursseja työelämään, mahdollistaa esimerkiksi työurien pidentämisen, siirtää hoidon ja hoivan tarvetta myöhempään elämän vaiheeseen ja vaikuttaa osaltaan hyvin vahvasti yhteiskunnan sosiaalimenojen vähentämiseen. Työ- ja toimintakyvyn edistäminen onkin Suomen Sosiaali- ja terveysministeriön strategiassa ensimmäisellä sijalla. Tavoitteena on nostaa eläkeikää ja vähentää erityisesti vanhustenhuoltoon kohdistuvia paineita. (Lehto 2004, 18 – 21.)

Vuonna 2050 tilastokeskuksen mukaan yli 65-vuotiaita on jo joka neljäs, ja 80-vuotiaiden määrä kaksinkertaistuu nykyisestä. Ikääntyminen tuo mukanaan usein myös erilaisia toimintakyvyn rajoitteita. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan iäkkään väestön toimintakyvyn ylläpitäminen ja tukeminen tulee olemaan yhä tärkeämpää tulevaisuudessa. Ikääntyvän väestön aseman ja palveluiden saatavuuden turvaamiseksi ja parantamiseksi on vuonna 2013 tullut voimaan laki 920/2012 ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014c.) Sosiaali- ja terveysministeriö on myös antanut iäkkäiden ihmisten palveluiden kehittämistä koskevan laatusuosituksen (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013).

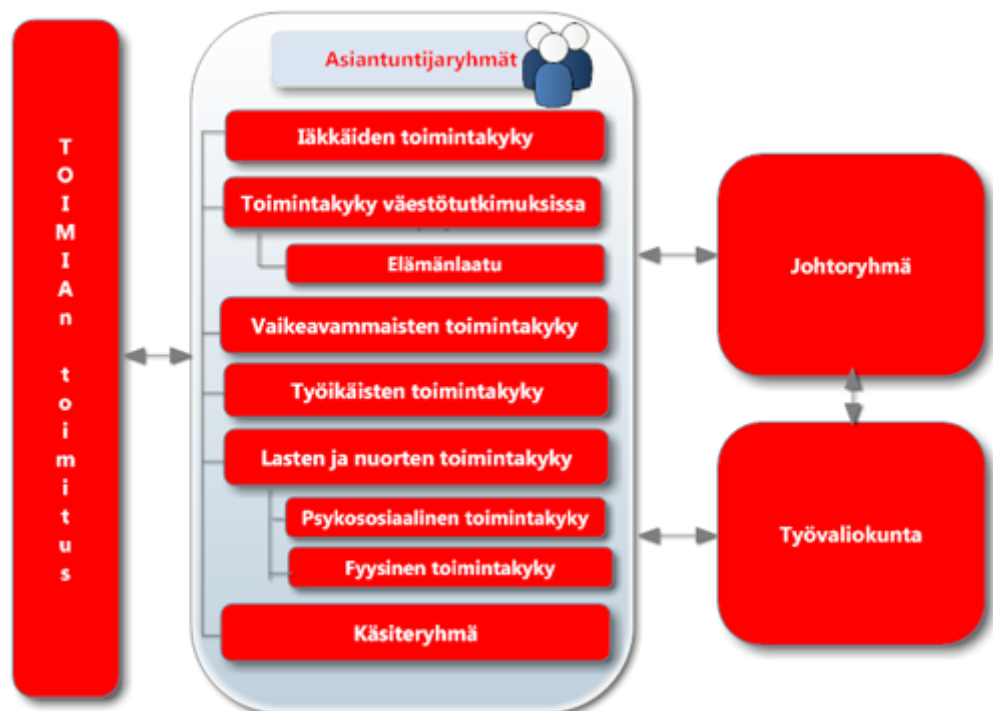
### 5.2. Toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen

Terveystieteiden tutkimuksessa potilaan toimintakyvyn edistämistä pidetään yhtenä hoidon keskeisimmistä tavoitteista (Matikainen, Aro, Huunan-Seppälä, Kivekäs, Kujala & Tola 2004, 5). Pohjolan (2009, 17) mukaan toimintakyvystä onkin tullut tärkeä terveydentilan indikaattori, eikä yksilön terveydentilan arviointiin enää riitä pelkkä sairauksien diagnosointi vaan tarvitaan lisäksi toimintakykymittauksia. Näitä mittauksia tehdään

lääketieteessä, hoitotyössä ja kuntoutuksessa, ja niitä käytetään mm. väestön terveyden tason mittaamisessa, yksilön työkyvyn, kuntoutus- ja avuntarpeen sekä erilaisten interventio-ohjelmien vaikutusten selvittämiseen.

Toimintakyvyn arviointiin on kehitetty lukuisia erilaisia mittareita ja luokituksia, jotka kuitenkin vaihtelevat paljonkin erilaisten sairauksien tai käsitettä käyttävien terveydenhuollon yksiköiden välillä. Arvioinnin tulisi perustua selkeisiin kriteereihin, mutta edelleenkin ei ole yhtä yhtenäistä ohjeistusta toimintakyvyn arvioimiseen tai mittaamiseen. Tavoitteena tulisi olla yhteisen kielen löytäminen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle puhuttaessa asiakkaan tai potilaan selviytymisestä jokapäiväisessä elämässä. Ongelmana on käytettyjen toimintakykymittareiden tai -luokitusten erilaisuus ja niiden arviointiin annetut lukuisat suositukset ja ohjeistukset, joista on yhä edelleen kehitetty hyvin paljon erilaisia sovelluksia. Näiden vaihtelevien käytäntöjen vuoksi yleinen toimintakyvyn vertailu ja arviointi on hyvin haasteellista ja eri tutkimustulosten vertailu keskenään jopa mahdotonta. (Pohjolainen 2009, 17; Lehto 2004, 18; Laukkanen 2001, 95, 100 – 102.)

Toimia-tietokanta (Kuvio 2.) on toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto, jonka tavoitteena on yhtenäistää ja kehittää toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin käytäntöjä Suomessa sekä yhtenäistää toimintakyvyn käsitteitä. Tietokanta toimii luotettavaa tietoa toimintakyvystä ja sen arvioinnista etsivien ammattilaisten työvälineenä. Tietokannassa julkaistaan asiantuntijaryhmien laatimia mittariarvioita, soveltuvuusarvioita, suosituksia ja ohjeistuksia toimintakyvyn mittaamisesta eri käyttötilanteissa sekä tulosten tulkinnan ja niiden käytettävyyttä toimenpiteiden suunnittelussa. Tietokantaa ylläpitää terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (Toimia 2014.) ECOG-luokitusta ei ole vielä lisätty tietokantaan.



### 5.3. ECOG-luokitus

Tämän kehittämishankkeen aihe pohjautuu ensihoidon sähköisen kirjaamisen kehittämiseen, jota varten Terveiden- ja hyvinvoinnin laitokselle on perustettu oma projektityöryhmänsä. Työryhmän Sähköisen ensihoitokertomuksen tietosisältömäärittelyt –julkaisussa kuvataan ja määritellään sähköisen ensihoitokertomuksen valtakunnallinen tietosisältö ja tietorakenteet sekä siihen sisältyvät kliiniset luokitukset. Yhtenä uutena tietosisällön muuttujana sähköisessä ensihoitokertomuksessa on potilaan toimintakykyluokitus (ECOG). Tämä tarkoittaa, että ensihoidossa pitäisi jatkossa pystyä tekemään yksinkertainen arvio potilaan toimintakyvystä koti- tai vastaavassa ympäristössä. Tällainen arvio on hyvin tarpeellinen myös jatkohoidon kannalta, kuten päivystyksissä tai muussa jatkohoidossa sairaalassa. Potilaan toimintakyvystä on sairaalaolosuhteissa vaikea tehdä arviota ilman, että tehdään havaintoja potilaan tavallisesta toimintaympäristöstä, erityisesti kotiolosuhteista. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013, ei julkinen.)

ECOG-luokitus tunnetaan parhaiten syöpäpotilaiden toimintakyvyn arviointimenetelmänä. ECOG-luokituksen on kehittänyt the Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) 1960-luvulla vaihtoehtona Karnofskyn toimintakykyluokitukseksi. Karnofskyn prosenttiasteikkoon 0-100% verrattuna ECOG-luokituksen 0-5 arviointi on yksinkertaisempi ja sen vuoksi usein käytetympi toimintakyvyn arvioinnissa. Näitä toimintakykyluokituksia käytetään hyvin laajalti lääketieteessä, erityisesti syöpätautien puolella, koska luokitusten on huomattu olevan yhteydessä muun muassa potilaan ennusteeseen, hoidon vasteeseen sekä elämän laatuun. (Blagden, Charman, Sharples, Magee & Gillian 2003.) Myös Suomessa Käypä hoito-suosituksissa potilaan toimintakyvyn arviointia pidetään oleellisena osana syöpäpotilaiden tutkimuksia.

ECOG on 6-portainen luokitus (0-5), jolla kuvataan kuinka potilaan sairaus vaikuttaa jokapäiväiseen elämään. Asteikolla 0 kuvaa täyttä toimintakykyä ilman rajoituksia ja 5 kuollutta. Sähköiseen ensihoitokertomukseen otettavaan ECOG-luokitukseen on tehty muokkaus siten, että luokkia on vain 5 ja luokat on suomennettu ensihoidon käyttöympäristöön sopiviksi (Taulukko 1.). Alkuperäisessä luokituksessa ollut viimeinen luokka 5 (kuollut) on jätetty pois.



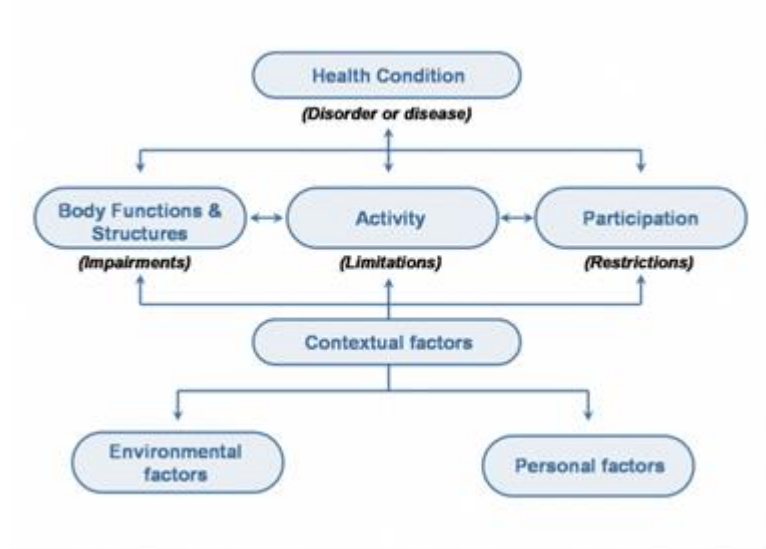
Taulukko 1. ECOG-toimintakykyluokitus suomennettuna ensihoidon käyttöön (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, ei julkinen).

ECOG-LUOKKA	MÄÄRITELMÄ
0	Täysin omatoiminen, ei mitään toimintarajoitteita. Esim. Normaalisti työssä käyvä tai normaalikuntainen eläkeläinen
1	Omatoiminen ja pystyy hoitamaan itsensä, mutta ei kykene raskaisiin suorituksiin. Esim. Suoriutuu kevyestä toimistotyöstä, kotiaskareista, käy ulkona.
2	Pystyy hoitamaan itsensä, mutta ei kykene mihinkään suorituksiin. Pystyssä yli puolet valveillaoloajasta. Esim. Ei selviydy edes siivoamisesta tai toimistotyöstä.
3	Tarvitsee apua päivittäisissä toiminnoissa. Vuoteessa tai lepotuolissa yli puolet valveillaoloajasta. Esim. Kodinhoitaja tuo ruoat, auttaa pesuissa.
4	Täysin ulkoisen hoivan varassa. Vuodepotilas.

#### 5.4. Yleisimmin käytettyjä toimintakykyluokituksia ja –mittareita

**ICF-luokitus** (International Classification of Functioning, Disability and Health) on toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus, jonka Maailman terveysjärjestö WHO julkaisi vuonna 2001 pyrkimyksenä yhtenäistää toimintakyvyn käsitettä kansainvälisellä tasolla. ICF kuuluu WHO:n kansainväliseen luokitusperheeseen ja täydentää WHO:n toista, terveydenhuollon käytössä laajalti olevaa kansainvälistä ICD-luokitusta (International Classification of Diseases), joka tunnetaan Suomessa nimellä kansainvälinen tautiluokitus. ICF-luokitus ei liity suoraan tiettyihin terveysongelmiin tai sairauksiin, kuten ICD, vaan kuvaa yksilön toimintakykyä ja toimintarajoitteita terveyden näkökulmasta useilla eri osa-alueilla. (WHO 2013.)

ICF-luokitus edustaa biopsykososiaalista kokonaisvaltaista näkökulmaa toimintakyvyn kuvaamiseen. ICF-luokitus jakautuu osa-alueisiin, joissa huomioidaan yksilön terveydentilan lisäksi ympäristö- ja yksilötekijöiden vaikutus toimintakykyyn. Tämän luokituksen mukaan näiden osa-alueiden välillä vallitsee dynaaminen vuorovaikutus, jolloin yhteen osa-alueeseen kohdistetut toimet saattavat vaikuttaa myös muihin osa-alueisiin (Kuvio 3.). (Kivekäs & Kallanranta 2004, 375 – 376; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014a, WHO 2013.) ICF-luokitusta voidaan käyttää työkaluna tilastollisiin, tutkimuksellisiin, kliinisiin, sosiaalipoliittisiin tai koulutuksellisiin tarkoituksiin sekä soveltaen käyttäen myös muillakin kuin terveydenhuollon osa-alueilla kuten esimerkiksi sosiaaliturvan, politiikan, talouden tai vakuutuksien aloilla (WHO 2013). ICF-luokituksen käyttö edellyttää kouluttautumista ja sen käyttö vaatii eettisten ohjeistuksien noudattamista. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos ja Kela järjestävät ICF-koulutuksia Suomessa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014a.)



Kuvio 3. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (WHO 2013).

**Barthelin indeksi** on vuonna 1965 alunperin kehitetty halvausoireisten tai muiden pitkäaikaispotilaiden kuntoutuksen yhteydessä tehtävään toimintakyvyn arviointiin, jonka avulla on muun muassa arvioitu hoitoajan pituutta sekä tehty hoito-, kuntoutus- ja kotiutussuunnitelmia. Myöhemmin mittarin käyttöä on laajennettu muihin potilasryhmiin ja siitä on kehitetty myös alkuperäistä laajempia versioita. Indeksi mittaa potilaiden itsenäistä toimintakykyä päivittäisissä perustoimissa (ADL) alkuperäisessä versiossa kymmenellä osa-alueella, joita ovat peräsuolen hallinta, virtsarakon hallinta, siistiytyminen, WC-toimet, syöminen, siirtyminen, liikkuminen, pukeminen ja riisuminen, portaissa liikkuminen sekä peseytyminen. Mittarin vaihteluväli on 0-100 pistettä, jossa täydellistä riippuvuutta kuvaa 0-20 pistettä ja täydellistä riippumattomuutta ulkopuolisesta avusta 100 pistettä. Eri osa-alueita arvioidaan haastattelun, havainnoinnin tai itse täytettävän kyselylomakkeen avulla. Barthelin indeksi on helppokäyttöinen ja se on kansainvälisellä tasolla laajalti käytetty mittari toimintakyvyn arvioinnissa ja siihen liittyvissä tutkimuksissa. Suomessa mittarin käyttöön ei järjestetä systemaattista koulutusta. (Mahoney & Barthel 1965; Autio & Vesterinen 2014.)

**RAI-arviointijärjestelmä** on Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (2014b) mukaan kansainvälinen laadun ja kustannusvaikuttavuuden arviointi- ja seurantajärjestelmä, jonka tavoitteena on selvittää hoidon laatua ja arvioida kustannuksia sekä kehittää erilaisia maksujärjestelmiä. Järjestelmän avulla arvioidaan ja kartoitetaan yksilön voimavaroja hoito- ja palvelusuunnitelmaa varten. RAI-arviointijärjestelmä on englanninkieliseltä nimeltään Resident Assessment Instrument jonka ydin on laaja-alainen yksilön voimavarojen ja tarpeiden kartoitus. Potilaalle tehdään ensimmäinen arviointi hänen saapuessaan osastolle. Jatkossa arviointi uusitaan jos potilaan vointi olennaisesti muuttuu. (Noro, Finne-Soveri, Björkgren, Vähäkangas 2005, 30 – 34.) RAI-arviointijärjestelmä on suunniteltu erityisesti osastojen hoitotyötä palvelemaan. Potilaiden toimintakyvyn arviointi on tärkeä prosessi, mikä onnistuakseen vaatii

tarkoituksenmukaiset arviointivälineet. Prosessin myötä henkilökunta voi kehittää myös omaa työtään ja seurata sen vaikuttavuutta asiakaspohjaiseen tietoon perustuen. (Noro ym. 2005, 30.) Pia Hakala (2010) on tutkinut RAI-järjestelmän käyttöä osana psykiatrinen potilaiden hoidon suunnittelua. Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää RAI-järjestelmän hyödynnettävyyttä psykiatrinen potilaiden hoidon suunnittelussa, mikä tulosten mukaan olikin koettu konkreettiseksi työvälineeksi täydentäen ja yhdenmukaistaen suunnittelua. Negatiiviseksi oli koettu arvioinnin tekemiseen kuluva aika. Kehittämisprosessin tuotoksena oli syntynyt yhtenäinen ohjeistus RAI-järjestelmän hyödynnettävyydestä psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelussa.

## 6 KEHITTÄMISHANKKEEN TAVOITE JA TARKOITUS

Tämän kehittämishankkeen tavoitteena oli käyttöönottaa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen projektityöryhmän suunnitelma toimintakyvyn arvioinnista ensihoidossa ensihoitajien työvälineeksi ja saada tutkimusnäyttöä sen käytettävyydestä ja hyödyllisyydestä. Lisäksi tavoitteena oli hyödyntää systemaattista toimintakyvyn arviointia ensihoidon ja päivystyksen välisessä yhteistyössä.

Kehittämishankkeen tarkoituksena oli lisätä ensihoitajien työvälineitä potilaan kokonaisvaltaiseen arviointiin ja sen myötä helpottaa ensihoitajien tekemiä päätöksiä potilaiden hoidosta, mahdollisesta kuljettamiskohteesta tai kuljettamatta jättämisestä.

## 7 KEHITTÄMISHANKKEEN ETENEMINEN

### 7.1. Toimintatutkimus tutkimusmenetelmänä

Idea nykyaikaiseen toimintatutkimukseen kasvoi Kurt Lewin (1890–1948) kirjoituksista ”Research leading to social action” tutkimus johtaa sosiaaliseen toimintaan. Lewinin mielestä perinteiset tutkimusmuodot olivat liian hitaita ja eristyneitä parantaakseen käytäntöä. (Lodico, Spaulding & Voegtler 2006, 288 – 289.) Lewinin mukaan sosiaalinen todellisuus tulee paremmin ymmärretyksi, kun tutkimus yhdistetään todellisessa elämässä tehtävään muutokseen ja sen tutkimiseen. Tämä edellyttää työntekijöiltä yhteistoimintaa, ryhmäpäättöksiä sekä teorian ja käytännön välistä dialogia. (Toikko & Rantanen 2009, 29 – 30.) Myös Kuulan (1999, 29) mukaan Lewiniä voidaan pitää toimintatutkimuksen keksijänä, vaikka alkupistettä on hankala määrittää. Heikkisen ja Jyrkämän (1999, 26) mukaan John Dewey loi jonkinlaista pohjaa toimintatutkimukselle teoksellaan ”The quest for certainty”. Teoksessaan Dewey arvosteli sitä, että yhteiskuntatieteissä on erotettu tieto ja toiminta toisistaan.

Toimintatutkimuksen lähtökohtana voi olla arkisessa toiminnassa havaittu ongelma, jota ryhdytään kartoittamaan. Toimintatutkimus alkaa jonkin yksityiskohdan huomioinnista ja toiminnan reflektioivasta ajattelusta, joka sitten johtaa yhä laajempiin toimintoihin. (Heikkinen 2007, 78.) Metsämuurosen mukaan (2006, 226) toimintatutkimuksessa pyritään vastaamaan johonkin käytännön toiminnassa havaittuun ongelmaan tai vastaavasti kehittämään olemassa olevaa käytäntöä paremmaksi. Lauri (2006, 114) toteaa, että toimintatutkimus on tutkimuksellinen lähestymistapa, jossa teorian tietoa ja kokemukseen perustuvaa tietoa yhdistetään, pyritään ratkaisemaan jonkin toiminnallisen yhteisön ongelmia ja saada aikaan muutosta.

Toimintatutkimusta kuvaavia termejä ovat reflektiivisyys, tutkimuksen käytännönläheisyys, muutosinterventio ja ihmisten osallistuminen (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 36). Toimintatutkimus keskittyy toimintaan ja muutokseen sekä parantamaan olemassa olevia käytäntöjä. Se on jatkuva prosessi, johon kuuluu useita jaksoja, jossa kerätään tietoa, reflektiota ja toimintaa. (Lodico ym. 2006, 289 – 290.) Eskola ja Suoranta (1998, 129) toteavat, että toimintatutkimuksessa keskeistä on suhteellisen käytännöllisen ongelman ratkaiseminen sekä tutkijan poikkeuksellinen aktiivinen vaikuttaminen tapahtumiin, ei vain ulkopuolinen havainnointi.

Toimintatutkimus on prosessi, joka tähtää asioiden kehittämiseen ja muuttamiseen entistä paremmiksi. Yleensä toimintatutkimuksen tulos ei ole uusi toimintatapa, vaan uudella tavalla ymmärretty prosessi. (Aaltola & Syrjälä 1999, 18.) Lodicon ym. (2006, 289) mukaan toimintatutkimuksen päämääränä on löytää uusia tapoja asioiden muuttamiseen sekä kehittämiseen. Toimintatutkijat väittävät usein, että kouluttajilla on ammatillinen vastuu, joka reflektoi heidän omaa toimintaansa. Tieto, jota he keräävät toimintatutkimuksessa, pitäisi vahvistaa muutosta koulutuksellisissa tilanteissa ja kyseenalaistaa voimassaolevia käytäntöjä.

Toikon ja Rantasen (2009, 14–16) mukaan kehittämistoiminnalla voidaan kehittää uusia toimintatapoja ja muutokset voivat olla rakenteellisia, määrällisiä tai laadullisia. Toimintatavan kehittäminen voi kohdistua yksittäisen työntekijän työn kehittämiseen tai se voi koskea koko organisaatiota. Kehittämisellä voidaan tarkoittaa myös toimintarakenteiden uudistuksia yhdistämällä eri organisaatioita tai luomalla uusia. Nämä uudistukset voivat olla rajattuja yksikkökohtaisesti, jolloin ne pitävät sisällään rakenteellista toimintatavan kehittämistä tai ne voivat olla laajoja esimerkiksi palvelurakenteen uudistamista, jolloin ne koskettavat useita eri organisaatioita ja toimijoita.

## 7.2. Toimintatutkimuksen suuntaus

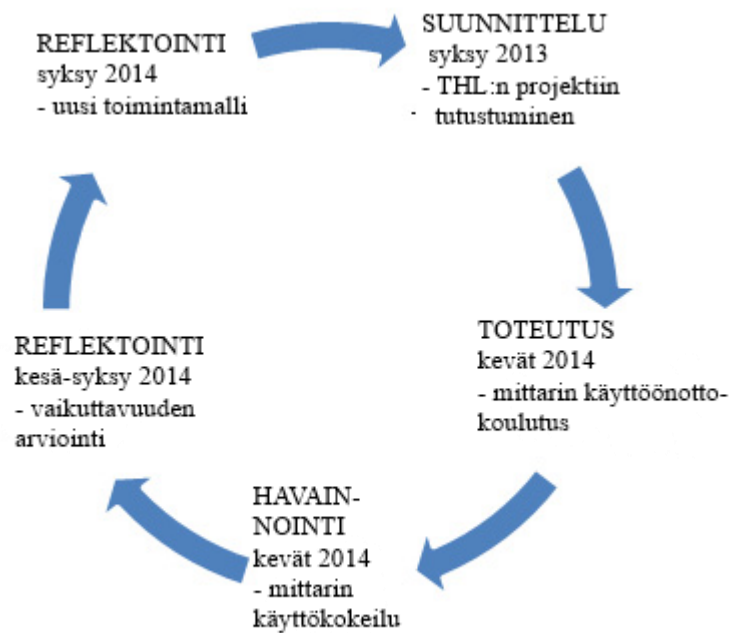
Toimintatutkimus voidaan jakaa kolmeen erilaiseen lähestymistapaan: praktiseen eli käytännölliseen, tekniseen eli interventiosuuntautuneeseen sekä emansipatoriseen eli vapauttavaan toimintatutkimukseen. (Syrjälä 1995, 31 – 33).

Metsämuurosen (2006, 228) mukaan tekninen tutkimus alkaa ensisijaisesti ulkopuolisen asiantuntijan toimesta, ei niinkään työntekijöiden toimesta tai tarpeista. Ulkopuolinen asiantuntija voi välittää teorioita, malleja ja menetelmiä yhteisön ongelmien ratkaisemiseksi. Lauri (2006, 118 – 119) toteaa, että teknisellä lähestymistavalla on tarkoitus testata tutkijan ennalta suunnittelemaa teoreettista mallia käytännön työssä. Tällöin tutkimuksen toteuttaminen on myös tutkijakeskeistä. Tutkimusprosessi etenee toimintatutkimuksen periaatteiden mukaisesti. Tutkija tuo työyhteisöön idean tai mallin, kouluttaa työyhteisön jäsenet soveltamaan ideoitaan käytännössä ja arvioi tutkimuksen eri vaiheita. Syrjälän (1995, 31) mukaan tekninen tutkimus voi olla esimerkiksi uuden hoitokäytännön käyttöönotto tai uusi toimintamalli, jota halutaan toteuttaa tietyssä työyhteisössä.

Tässä kehittämishankkeessa käytettiin toimintatutkimuksen teknistä lähestymistapaa, koska toiminta käynnistyi ulkopuolisen eli kehittämishankkeen tekijöiden eikä työntekijöiden toimesta. Kehittämishankkeessa tekijät toivat työyhteisönsä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen suunnitteleman mallin potilaan toimintakyvyn arvioinnista ensihoidossa ECOG-luokituksen avulla.

## 7.3. Toimintatutkimuksen syklisyys

Toimintatutkimus mielletään itsereflektiiviseksi kehäksi (Kuvio 4.), jossa toiminta, havainnointi, reflektointi ja uudelleensuunnittelu seuraavat toisiaan. Toteutusta havainnoidaan ja reflektoidaan käytännön aikana sekä sen päätyttyä ja kokemuksen pohjalta suunnitellaan uusi toimintatapa tai -malli. (Heikkinen, 2007, 35.)



Kuvio 4. Toimintatutkimuksen sykli Heikkistä (2007, 35) mukaillen.

Kehittämishanke eteni vaihe vaiheelta eteenpäin. Kuvio tuo esiin toimintatutkimukselle ominaisen syklimäisyyden. Ohessa kuvattu lyhyesti vaiheiden sisältöä. Luvussa 7.4 kerrotaan tarkemmin kehittämishankkeen toteutuksesta.

1. Suunnitteluvaiheessa tehtiin päätös kehittämishankkeen aiheen valinnasta. Samalla tutustuttiin Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen projektiin sekä kirjallisuuteen ja aiempiin tutkimuksiin.
2. Toteutusvaiheessa toteutettiin ECOG-toimintakykyluokituksen käyttöönottokoulutus työpaikkakoulutusten ohessa pilottikokeiluun osallistuvilla työntekijöillä.
3. Havainnointivaiheessa toteutettiin neljän viikon mittainen pilottikokeilu potilaan ECOG-toimintakykyluokituksen käytöstä.
4. Reflektointivaiheessa analysoitiin tutkimustulokset ja sen perusteella luotiin ehdotus uudesta toimintamallista.
5. Arviointivaihe jatkui koko kehittämishankkeen läpi ja oli jo toteutusvaiheessa jatkuvaa seurantaa uuden luokituksen käyttöönottokokeilusta.

#### 7.4. Kehittämishankkeen toteutus

Kehittämishanke toteutettiin Päijät-Hämeen ensihoitopalvelussa. Kehittämishanke alkoi loppuvuodesta 2013 kestäen vuoden 2014 loppuun. *Suunnitteluvaihe* alkoi kehittämishankkeen ideoinnilla syksyllä 2013, jolloin toimeksiantajan (FinnHEMS) edustajan kanssa luotiin suunnitelma

toteuttaa ECOG-toimintakykyluokituksen pilottikokeilu Päijät-Hämeen ensihoitopalvelussa. Joulukuusta 2013 helmikuuhun 2014 perehdyttiin olemassa olevaan teoretiseen ja tutkimuksiin sekä tutustuttiin Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen projektityöryhmän suunnitelmiin ensihoidon sähköisen kirjaamisen kehittämisessä. Saadun tietoperustan pohjalta asetettiin kehittämishankkeelle tarkoitus ja tavoitteet sekä laadittiin tutkimussuunnitelma.

Helmikuussa 2014 tehtiin toimeksiantosopimus kehittämishankkeen tilaajan (FinnHEMS) kanssa ja saatiin tutkimuslupa (LIITE 1.) kehittämishankkeen toteuttamisesta Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymältä (PHSOTEY). Helmikuussa saatiin myös työelämäedustaja Phsotey ensihoitokeskuksesta mukaan kehittämishankkeeseen sopimaan koulutuspäivämääristä sekä kokeilujakson ajankohdasta ja toteutuksesta. Kehittämishankkeen eteneminen on myös kuvattu kuviossa 4.

Helmikuussa 2014 aloitettiin *toteutusvaihe* ECOG-toimintakykyluokituksen käyttöönottokoulutuksella pilottikokeiluun osallistuville ensihoitajille työpaikkakoulutusten ohessa sekä päivystyksen hoitajille itseopiskeluaineistolla sekä informaatiokirjeellä (LIITE 2.) Anttila (1998b) toteaaakin, että tutkijan tehtäviin kuuluu antaa riittävä informaatio tutkimuksesta ja sen käytöstä saatekirjeessä. Myös vastaajien henkisuojasta on hyvä kertoa saatteessa. Koulutuksen sisältö suunniteltiin etukäteen sekä koulutuksen tavoitteet juontuivat kehittämishankkeen tavoitteesta ja tarkoituksesta. Kuten myös Ritalan ja Tarvaisen (1991, 69) mukaan koulutustapahtuman tavoitteet kuvaavat koulutuksen ajateltua tulosta, mitä uusia valmiuksia koulutetuilla koulutuksen päätyttyä on. Asetetut tavoitteet antavat kouluttajalle selkeän päämäärän opetuksen eteenpäin viemisestä ja auttavat koulutettavaa hahmottamaan hänelle kohdistetut osaamistavoitteet. Ensihoitajille pidetyn koulutuksen tavoitteena oli saattaa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen projektiryhmän suunnitelma toimintakyvyn arvioinnista ensihoidossa ensihoitajien työvälineeksi, opettaa ensihoitajille ECOG-toimintakykyluokituksen käyttöä sekä ohjeistaa pilottikokeilun aikana tehtävän kyselylomakkeen täytössä sekä käytännön seikoista liittyen kyselylomakkeen toimittamisesta päivystyksen hoitajille.

Koulutuspäiviä oli yhteensä viisi kappaletta, jotka olivat samansisältöisiä. Viiteen koulutuspäivään osallistui yhteensä hieman yli 100 ensihoitajaa eli noin 20 henkilöä jokaiseen koulutukseen. Koulutus kesti noin puoli tuntia, ja siinä oli varattu aikaa myös kysymyksille ja keskustelulle. Koulutuksessa kerrottiin kehittämishankkeen taustasta, kuka toimi kehittämishankkeen tilaajana sekä kohdeorganisaatiosta. Ensihoitajille kerrottiin pilottikokeiluun osallistuvat ensihoitoyksiköt sekä tuotiin esiin myös päivystyksen hoitajien osallistumisesta pilottikokeilun ohella toteutettavaan kyselyyn. Lisäksi kerrottiin kehittämishankkeen tavoitteesta ja tarkoituksesta sekä teoriaa toimintakyvyn arvioinnista ja ECOG-toimintakykyluokituksesta. Koulutuksessa käytiin läpi pilottikokeilun toteutus, käytännön asioita koskien ECOG-toimintakykyluokituksen käyttöä ja millaisista potilaista luokitus tehdään. Ensihoitajille kerrottiin



myös kyselyyn osallistumisesta, kyselylomakkeen täyttämisestä sekä sen toimittamisesta päivystyksen hoitajille (LIITE 3.). Koulutuksessa toteutettiin myös toimintakykyluokituksen käytön osaamisen testaus. Testissä oli kaksi esimerkkiä potilaista, joiden toimintakyky tuli arvioida ECOG-toimintakykyluokitusta käyttäen. Lähes kaikki ensihoitajat arvioivat näiden testipotilaiden toimintakyvyn samansuuntaisesti, jonka jälkeen voitiin todeta luokituksen käytön olevan luotettavalla tasolla varsinaista pilottijaksoa ajatellen. Ohessa kuvio esimerkkipotilastapausten vastauksista (Taulukko 2.) Lisäksi koulutuksessa käytetty oppimateriaali lähetettiin kaikkien ensihoitajien sähköpostiin itseopiskelua varten. Koulutukset olivat luentopainotteisia ja kouluttajavetoisia, koska kyseinen ECOG-toimintakykyluokitus oli kaikille ensihoitajille uusi aihe ja kehittämishankkeen tekijät halusivat varmistuksen, että kaikki ensihoitajat saavat oikean informaation aiheesta. Koulutettaville annettiin myös mahdollisuus esittää kysymyksiä ja aktivoitiin heitä keskustelulle esittämällä vastakysymyksiä koulutettaville. Esimerkkipotilaista luotu testaus pidettiin luennon puolella välissä joka aktivoi myös osaltaan koulutettavia pohtimaan ja miettimään itse toimintakykyluokituksen käyttöä ja osaamista. Ritala ja Tarvainen (1991, 76 – 78) toteavat myös sen, että luento on hyvä koulutusmenetelmä tiedon välittämiseen, mutta sen liiallista käyttöä tulisi välttää ja suosia kuulihoitoa paremmin aktivoivia menetelmiä. Hyvä kouluttaja käyttää eri koulutusmenetelmiä vaihdellen koska kaikki opetusmenetelmät menettävät tehoaan, jos opetustapaa ei koulutuksen aikana muuteta.

Taulukko 2. Ensihoitajien ECOG-luokittelun osaamisen testaus.

ECOG-LUOKKA	TESTIPOTILAS 1.	TESTIPOTILAS 2.
0	0	91
1	0	6
2	14	0
3	73	0
4	5	2
Ei luokittelua	7	0
<b>Yhteensä</b>	<b>99</b>	<b>99</b>

Päijät-Hämeen keskussairaalan päivystyksen hoitajien koulutus pilottikokeiluun ja siihen liittyvään kyselyyn toteutettiin itseopiskeluaineistolla sekä informaatiokirjeellä, koska todettiin luentopohjaisten koulutustilaisuuksien järjestämisen olevan hankkeen aikataulu ja käytettävissä olevat resurssit huomioiden mahdotonta toteuttaa. Informoinnissa ja materiaaleissa oltiin yhteydessä päivystyksen osastonhoitajaan. Hänen kauttaan saatiin tieto pilottikokeilusta ja kyselystä päivystyksen osastokokoukseen sekä jokaiselle hoitajalle lähetettiin sähköpostitse informaatiokirje sekä liitetiedostona koulutusmateriaali. Koulutusmateriaali oli sama mitä käytettiin ensihoitajien koulutuspäivissä.

Helmikuussa 2014 muodostettiin yhdessä työelämän (Phsotey) edustajan ja kehittämishankkeen toimeksiantajan (FinnHEMS) kanssa tutkimuksen kyselylomake (LIITE 4.). Maalis-huhtikuussa *havainnointivaiheessa*

toteutettiin neljän viikon mittainen pilottikokeilu toimintakykyluokituksen käytöstä. ECOG-toimintakykyluokituksen käytännön pilottikokeiluun osallistui neljä hoitotason (H+P) ensihoitoyksikköä Lahdesta ja kolme vaativan hoitotason (H+H) ensihoitoyksikköä, jotka toimivat Lahdessa, Orimattilassa ja Heinolassa. Toimintakykyluokituksen pilottikokeilun ohella suoritettiin kyselytutkimus, jolla haluttiin saada tietoa luokituksen käytettävyydestä sekä hyödyllisyydestä potilaan hoidon tarpeen arvioinnissa ja hoidon toteuttamisessa. Ensihoitajat ja päivystyksen hoitajat vastasivat samaan kyselylomakkeeseen, jonka ensihoitajat toimittivat päivystykseen potilaan luovutuksen yhteydessä. Ensihoitajat arvioivat mittarin käytettävyyttä ja vaikutuksia hoitoon ja kuljettamiseen. Päivystyksen hoitajat arvioivat ensihoitajien tekemien toimintakyky arvioiden vaikutuksia potilaan hoidon ja jatkohoidon suunnitteluun. Ensihoitajia ja päivystyksen hoitajia muistutettiin kokeilujaksosta sähköpostilla ennen kokeilujakson alkamista ja sen aikana. Ensihoitoyksiköiden tietokoneisiin liimattiin kokeilujaksosta muistuttavia tarroja sekä triagehuoneeseen isoja julisteita muistuttamaan ensihoitajia täyttämään ja toimittamaan lomake eteenpäin sekä päivystyksen hoitajia täyttämään oma osuutensa kyselylomakkeesta. Kyselylomakkeen palautus päivystyksessä tehtiin mahdollisimman vaivattomaksi toimittamalla jokaiseen erikoisalan hoitopisteeseen palautuslaatikot. Palautuslaatikot olivat huomiota herättävän värisiä ja sijoitettiin näkyville paikoille. Kokeilujakson jälkeen lähetettiin sähköpostitse kiitokset vaivannäöstä ensihoitajille ja päivystyksen hoitajille.

Elokuussa 2014 aineisto analysoitiin tilastollista SPSS-analysointiohjelmistoa käyttäen. Marraskuussa 2014 *reflektointivaiheessa* tarkasteltiin ECOG-toimintakykyluokituksen käytettävyyttä ja hyödyllisyyttä saatujen vastausten perusteella sekä muodostettiin johtopäätökset ja arvioitiin kehittämishankkeen toteutumista kokonaisuutena.

## 8 TUTKIMUSAINEISTON KERUU JA ANALYYSI

### 8.1. Kysely tutkimusaineistona

Kysely on yksi tapa kerätä itse aineistoa. Kyselylomake on kysely- ja haastattelututkimuksissa hyvin olennainen osatekijä. Kyselylomakkeen laatiminen edellyttää kirjallisuuteen tutustumista ja huolellista suunnittelua, jossa tulee huomioida tutkimusongelma ja tutkimuksen tavoitteet sekä aineiston jatkokäsittely. Kysymykset tulee suunnitella siten, että kyselyn avulla saadaan vastaukset asetettuihin tutkimusongelmiin. Hyvän kyselylomakkeen tunnusmerkkejä ovat muun muassa selkeä ja siisti ulkoasu, kysymysten looginen järjestys, yksiselitteiset vastausohjeet sekä jatkokäsittelyn helppous. (Heikkilä 2010, 47 – 49.) Anttila (1998c) tarkentaa kyselytutkimuksen peruseräiteiksi systemaattisuuden, eli kysely on huolellisesti suunniteltu sekä edustavuuden eli kyselytutkimuksen otos on valittu tieteellistä edustavuutta silmällä pitäen. Peruseräitteitä ovat myös objektiivisuus eli kyselytutkimuksen data

kerätään niin täsmälliseksi kuin mahdollista sekä määrällisyys eli kyselyn tulokset ovat sellaisia, jotka ovat ilmaistavissa numeromuodossa.

Kyselyllä aineistoa voidaan kerätä kahdella päätävällä, postikyselyllä ja kontrolloidulla kyselyllä. Posti- ja verkkokyselyssä lomake lähetetään tutkittaville ja täytettyään sen, he postittavat sen tutkijalle. Kontrolloituja kyselyjä on kahdenlaisia. Informoitu kysely tarkoittaa sitä, että tutkija jakaa lomakkeet henkilökohtaisesti. Henkilökohtaisesti tarkistetussa kyselyssä tutkija lähettää tutkittaville lomakkeet postitse, mutta noutaa ne itse ilmoitetun ajan kuluttua. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2009, 195 – 197.) Anttilan (1998c) mukaan kyselytutkimus on suhteellisen taloudellinen tapa hankkia tietoa suureltakin määrältä ihmisiä, joten kyselyt soveltuvat parhaiten erilaisten käytänteiden, olosuhteiden ja vertailujen tekemiseen. Kyselytutkimus luo mahdollisuuden tieto- ja intymiteettisuojaan sekä käsitellään suhteellisen puhtaana tutkijan tulkinnoista.

Kyselylomake laadittiin yhdessä kehittämishankkeen toimeksiantajan (FinnHEMS) sekä työelämän edustajan (Phsotey) kanssa huomioiden aiempi kirjallisuus, kehittämishankkeen tavoitteet ja tarkoitus sekä aineiston jatkokäsittely SPSS-analysointiohjelman avulla. Kyselylomakkeesta laadittiin sähköinen versio ensihoitoyksiköiden potilastietokoneiden työpöydille. Tutkimukseen osallistuneet ensihoitajat tulostivat ja täyttivät kyselylomakkeen ja antoivat sen päivystyksen henkilökunnalle potilaan luovutuksen yhteydessä. Tällöin päivystyksen henkilökunta pystyi vastaamaan heitä koskeviin kysymyksiin. Kysymykset muotoiltiin helposti vastattaviksi, jotta vastausprosentti olisi saatu mahdollisimman korkeaksi. Anttilan (1998a) mukaan kyselytutkimusten ongelma on se, etteivät kaikki vastaajat viitsi vastata moniin heille tuleviin kyselyihin, jolloin kato saattaa nousta suureksi. Tämän myötä vastausten edustavuus on kyseenalainen, koska vastauksista jäävät pois juuri ne joita asia ei kiinnosta tai jotka vastustavat aihetta.

Suurin osa kysymyksistä oli Likertin asteikkoon perustuvia väittämiä ja sekamuotoisia kysymyksiä, joissa osa vastausvaihtoehdoista oli valmiiksi annettu ja yhtenä vaihtoehtona käytettiin avointa vastausvaihtoehtoa ”Muu, mikä?”. Likertin asteikossa esitettiin täysin samaa mieltä – täysin eri mieltä asteikolla olevia väittämiä ja vastaaja valitsi mielipiteensä voimakkuuden mukaan vastauksen. Kyselylomakkeeseen laitettiin myös kaksi avointa kysymystä, jolloin vastaajille annettiin mahdollisuus ilmaista itseään ja ajatuksiaan omin sanoin tutkijoiden myötävaikuttamatta heidän vastauksiinsa.

Kyselylomakkeessa kysymykset 1 – 5 olivat osoitettu ensihoitajille. Kysymyksessä 1. ensihoitajien piti määritellä potilaan toimintakyky ECOG-luokituksen mukaisesti. Kysymys 2. käsitteli ensihoitajien käyttämiä keinoja potilaan ECOG-toimintakykyluokituksen määrittelyyn. ECOG-luokituksen käytettävyyttä ja arvioinnin vaikutusta hoitoon, kuljettamispäätökseen ja kuljettamiskohteeseen käsiteltiin kysymyksissä 3 – 4. Kysymys 5 oli avoin, johon ensihoitajat saivat vapaasti vastata ECOG-luokituksen käytöstä mielipiteitään, ajatuksiaan ja mahdollisia kehitysehdotuksiaan. Kysymykset 6 – 10 olivat

osoitettu yhteispäivystyksen (Akuutti24) hoitajille. Päivystyksen hoitajat arvioivat ensihoitajien tekemän ECOG-luokituksen hyödyllisyyttä ja vaikutusta potilaan hoitoon, kotiuttamiseen ja jatkohoidon suunnitteluun kysymyksissä 6 – 7. Potilaan jatkohoidon suunnittelua käsitelivät lisäksi kysymykset 8 – 9. Kysymys on 10 oli avoin, johon myös päivystyksen hoitajat saivat vapaasti vastata ECOG-luokituksen käytöstä mielipiteitään, ajatuksiaan ja kehittämisehdotuksiaan.

## 8.2. Tutkimusaineiston analyysi

ECOG-toimintakykyluokituksen käytännön pilottikokeilu toteutettiin maaliskuun huhtikuun aikana 2014 Päijät-Hämeen ensihoitopalvelussa. Pilottikokeilu kesti neljä viikkoa. Toimintakykyluokituksen käytännön kokeilun ohessa suoritettiin kyselytutkimus, jolla haluttiin saada tietoa lisäksi toimintakykyluokituksen käytettävyydestä ja hyödyllisyydestä potilaan hoidon tarpeen arvioinnissa ensihoidon näkökulmasta sekä vaikutuksista hoidon ja jatkohoidon toteuttamisessa päivystyksessä.

Pilottikokeilun aikana tehtävämäärä tutkimukseen osallistuvilla ensihoitoyksiköillä oli ollut yhteensä 529 kappaletta, joista x-tehtäviä 224 kappaletta. Päijät-Hämeen keskussairaalan päivystykseen kuljetettiin 253 potilasta ja muihin hoitolaitoksiin 52 potilasta. Tutkimukseen otettiin mukaan vain pilottikokeilussa mukana olleiden ensihoitoyksiköiden Päijät-Hämeen keskussairaalan päivystykseen kuljettamat potilaat. Lomakkeita kerättiin kokeilun päätyttyä 109, joista yksi hylättiin ECOG-luokituksen puuttumisen vuoksi, joten otoskooksi muodostui N=108. Vastausprosentti oli 48%. Mukaan tutkimukseen hyväksyttiin runsaasti lomakkeita, joissa oli täytettynä vain ensihoitajien tekemä arvio toimintakyvystä ja ECOG-luokituksen käytettävyydestä ja vaikutuksesta potilaan hoitoon. Päivystyksen hoitajien vähäiseen vastausmäärään vaikuttivat todennäköisesti päivystyksen jatkuva kiire ja ensihoitajia vähäisempi informaatio kehittämishankkeesta.

Ennen analysointia koottu aineisto on muokattava käsiteltävään kuntoon. Aineisto tarkistetaan ja mahdolliset virheelliset vastaukset tai kokonaan puutteelliset lomakkeet huomioidaan. Tarkistuksessa kiinnitetään huomiota vastausten täydellisyyteen eli onko jokaiseen kysymykseen vastattu sekä täsmällisyyteen eli onko kaikkiin kysymyksiin vastattu täsmällisesti esimerkiksi ympyröity vastaus oikeisiin ruutuihin. Tämän jälkeen alkaa aineiston koodaus. (Anttila 1998a.) Tässä tutkimuksessa aineisto käsiteltiin ja analysoitiin SPSS-tilastointiohjelman avulla. Paperilomakkeiden tiedot siirrettiin käsin tilasto-ohjelmaan. Samassa yhteydessä lomakkeet numeroitiin juoksevasti, mikä helpotti tietojen tarkistamista ja korjaamista. Saadut tulosteet muokattiin Excel-ohjelmassa sopiviksi tilastokuvioiksi ja taulukoiksi.

## 9 TULOKSET

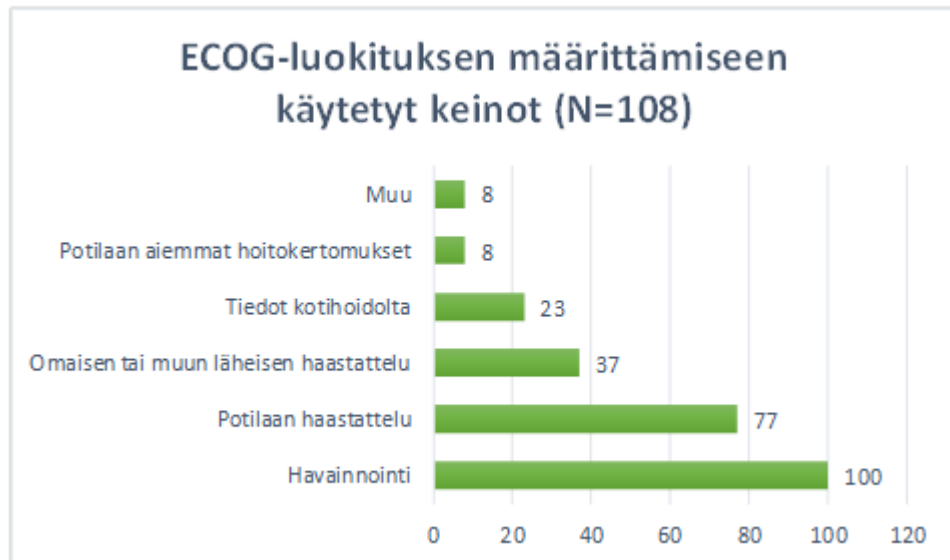
### 9.1. Ensihoitajien määrittelemä ECOG-toimintakykyluokka

Ensihoitajat määrittivät Päijät-Hämeen keskussairaalan päivystykseen kuljettamiensa potilaiden toimintakyvyn ECOG-luokituksen mukaisesti asteikolla 0-4. Ensihoitajien määrittelemän ECOG-toimintakykyluokituksen perusteella suurimmalla osalla (79%) päivystykseen kuljetetuista potilaista oli vähintäänkin lievää vajausta toimintakyvyssään. Täysin omatoimisia ilman toimintarajoitteita potilaista oli 21 %. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Ensihoitajien määrittelemät ECOG-toimintakykyluokat tutkimuksessa.

ECOG-luokitus	n	%
0. Täysin omatoiminen, ei mitään toimintarajoitteita.	23	21.3
1. Omatoiminen ja pystyy hoitamaan itsensä, mutta ei kykene raskaisiin suorituksiin.	24	22.2
2. Pystyy hoitamaan itsensä, mutta ei kykene mihinkään suorituksiin. Pystyssä yli puolet valveillaoloajasta.	30	27.8
3. Tarvitsee apua päivittäisissä toiminnoissa. Vuoteessa tai lepotuolissa yli puolet valveillaoloajasta.	28	25.9
4. Täysin ulkoisen hoivan varassa. Vuodepotilas.	3	2.8
<b>YHTEENSÄ (N)</b>	<b>108</b>	

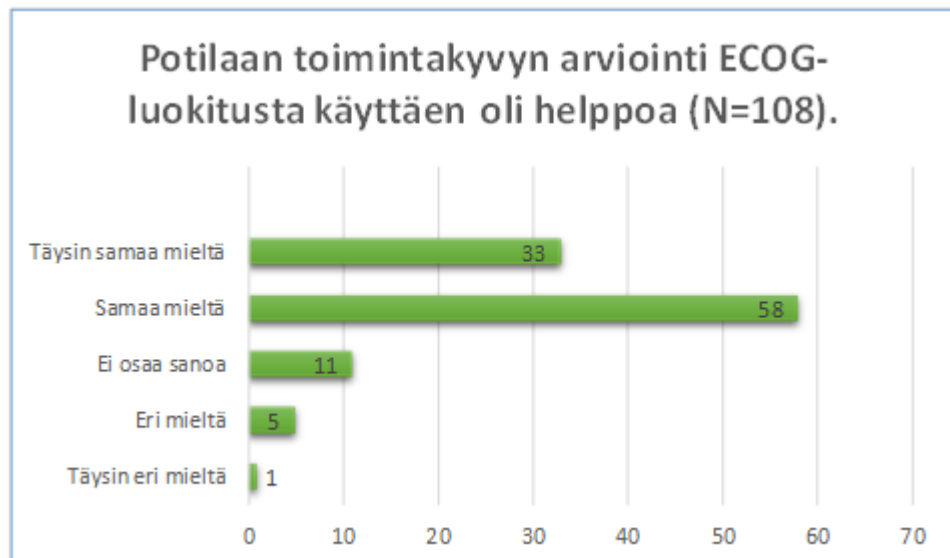
Ensihoitajilta kysyttiin lisäksi mitä keinoja he olivat käyttäneet potilaan ECOG- toimintakykyluokituksen mukaisessa toimintakyvyn arvioinnissa (Kuvio 5.) Tarvittaessa oli mahdollista valita useampi vastausvaihtoehto, ja ensihoitajat olivatkin yleisesti käyttäneet useampaa keinoa toimintakyvyn määrittämisessä. Havainnointi ja potilaan haastattelu olivat käytetyimmät keinot päivystykseen kuljetettujen potilaiden toimintakykyluokituksen määrittämisessä. Huomattavasti vähemmän toimintakyvyn määrittämisessä ensihoitajat käyttivät omaisen tai muun läheisen haastattelua, tietoja kotihoidolta tai tietoja potilaan aiemmista hoitokertomuksista. Muita keinoja toimintakyvyn määrittämiseen ensihoitajien vastausten mukaan olivat tietojen saanti muiden terveydenhuollon yksiköiden hoitajilta.



Kuvio 5. Ensihoitajien käyttämät keinot potilaan toimintakyvyn määrittämisessä.

## 9.2. Ensihoitajien arvio toimintakykyluokituksen käytettävyydestä

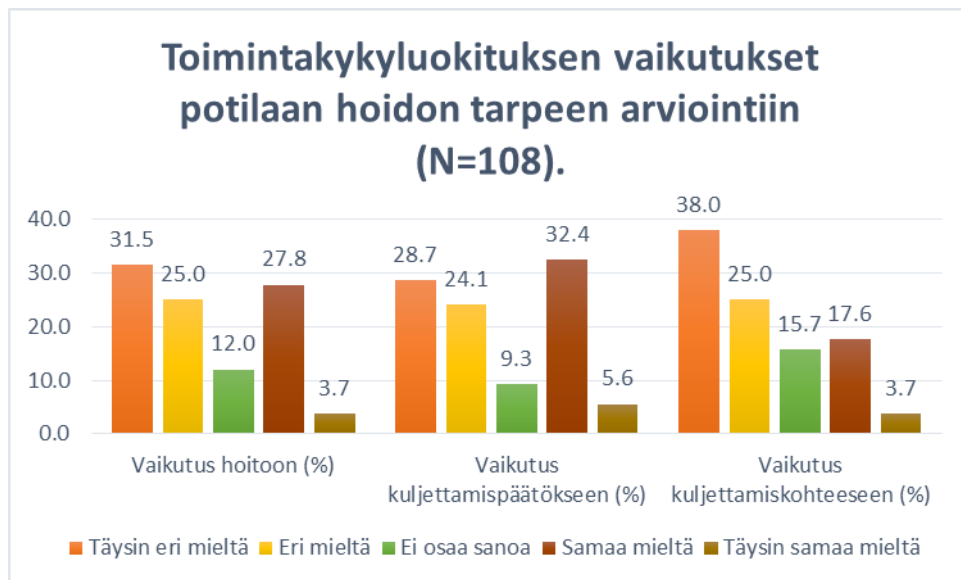
Toimintakykyluokituksen käytettävyyttä selvitettiin esittämällä ensihoitajille väite ECOG-luokituksen käytön helppoudesta (Kuvio 6.). Ensihoitajat kokivat toimintakyvyn arvioinnin ECOG-luokitusta käyttäen pääosin helpoksi. Täysin samaa mieltä tai samaa mieltä toimintakyvyn arvioinnin helppoudesta ensihoitajat olivat yhteensä 91 potilaan luokitusten kohdalla. Vain pienessä osassa tehtyjä toimintakykyluokituksia (N=6) toimintakyvyn arvioinnin koettiin olevan vähemmän helppoa.



Kuvio 6. ECOG-luokituksen käytön helppous ensihoidossa.

### 9.3. Toimintakykyluokituksen hyödyllisyys ensihoidossa

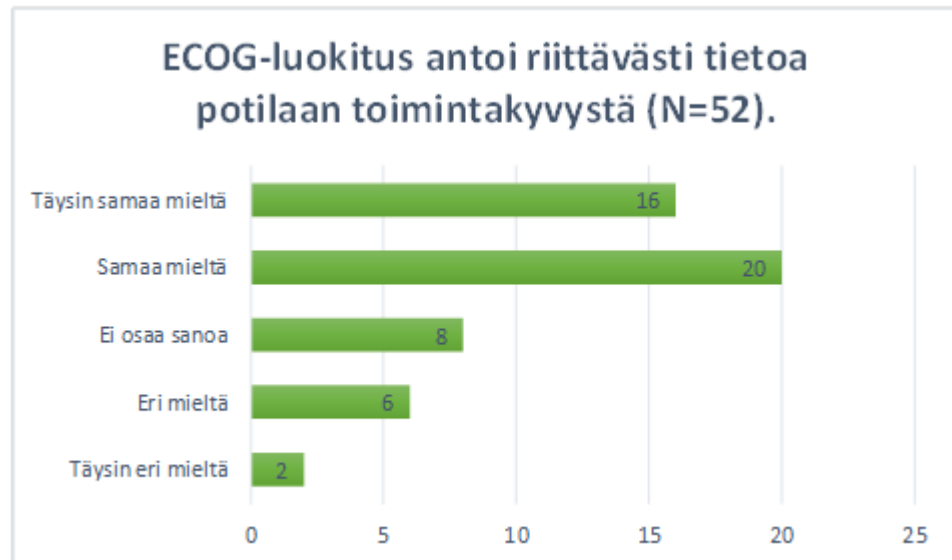
Toimintakykyluokituksen hyödyllisyyttä ensihoidon näkökulmasta selvitettiin ensihoitajille osoitetuilla väitteillä toimintakykyluokituksen vaikutuksista potilaan hoitoon, kuljettamispäätöksen tekemiseen ja kuljettamiskohteen valintaan. Ensihoitajien arviot päivystykseen kuljetettujen potilaiden toimintakykyluokitusten vaikutuksista hoitoon, kuljettamispäätöksiin ja kuljettamiskohteeseen olivat hyvin vaihtelevat (Kuvio 7.). Ensihoitajien vastausten mukaan reilussa kolmasosassa potilastapauksia ECOG-luokituksen mukaisella toimintakyvyn arvioinnilla oli vaikutusta potilaan hoitoon (32%) sekä kuljettamispäätökseen (38%). Toisaalta ensihoitajat olivat yli puolessa potilastapauksista täysin eri mieltä tai eri mieltä toimintakyvyn arvionnilla olleen vaikutusta potilaan hoitoon (57%), vaikutusta kuljettamispäätökseen (53%) sekä vaikutusta kuljettamiskohteeseen (63%). Vaikutusta kuljettamiskohteeseen koettiin olevan hyvin vähän (21%) mikä saattaa selittyä vastaanottavien hoitolaitosten vähyydellä. Saaduista vastauksista muodostettiin lisäksi kaavio (LIITE 5.), josta näkyy arvioitujen vaikutusten lisäksi ensihoidon kokonaistehtävämäärä ja potilaiden kuljetusten jakautuminen.



Kuvio 7. Toimintakyvyn arvioinnin vaikutukset ensihoidossa.

### 9.4. Toimintakykyluokituksesta saatavan tiedon riittävyys päivystyksen kannalta

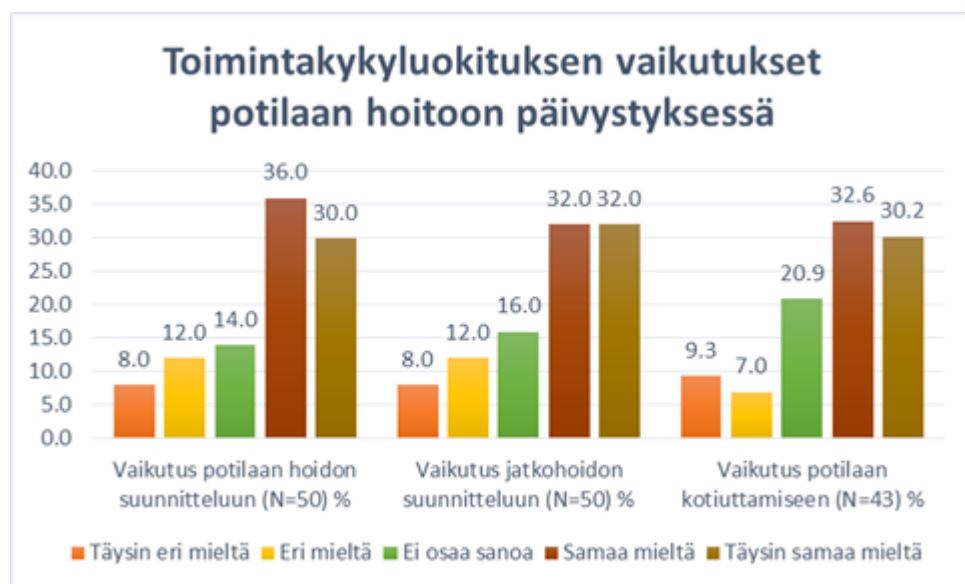
ECOG-toimintakykyluokituksen hyödyllisyyttä päivystyksen näkökulmasta selvitettiin esittämällä väite päivystyksen hoitajille ensihoitajien tekemän toimintakyvyn arvioinnin antaman tiedon riittävyydestä. Päivystyksen hoitajat olivat vastanneet (Kuvio 8.) vain alle puoleen (N=52) ensihoitajien toimittamista potilaan toimintakykyluokitusta koskeviin kyselylomakkeisiin. Näistä vastauksista suurimmassa osassa (n=36) ECOG-luokituksen koettiin antavan riittävästi tietoa päivykseen tuotujen potilaiden toimintakyvystä. Täysin eri mieltä tai eri mieltä tiedon riittävyydestä päivystyksen hoitajat olivat vain 8 potilastapauksessa.



Kuvio 8. ECOG-toimintakykyluokituksen antaman tiedon riittävyys päivystyksessä.

#### 9.5. Toimintakykyluokituksen hyödyllisyys päivystyksessä

ECOG-toimintakykyluokituksen hyödyllisyyttä selvitettiin myös esittämällä väitteitä päivystyksen hoitajille toimintakyvyn arvioinnin vaikutuksesta potilaan hoidon suunnitteluun, potilaan kotiuttamiseen sekä potilaan jatkohoidon suunnitteluun (Kuvio 9.) Vähäisestä vastausmäärästä huolimatta päivystyksessä hoitajat pääsääntöisesti kokivat ensihoitajien tekemällä toimintakyvyn arvioinnilla olleen vaikutusta potilaan hoitoon (66%), jatkohoidon suunnitteluun (64%) sekä potilaan kotiuttamiseen (63%). Päivystyksen hoitajat olivat vain noin neljäsosassa potilastapauksia täysin eri mieltä tai eri mieltä toimintakyvyn arvioinnin vaikutuksesta potilaan hoidon suunnitteluun (20%), potilaan jatkohoidon suunnitteluun (20%) ja potilaan kotiuttamiseen (16%).



Kuvio 9. Toimintakykyluokituksen vaikutukset potilaan hoitoon päivystyksessä.

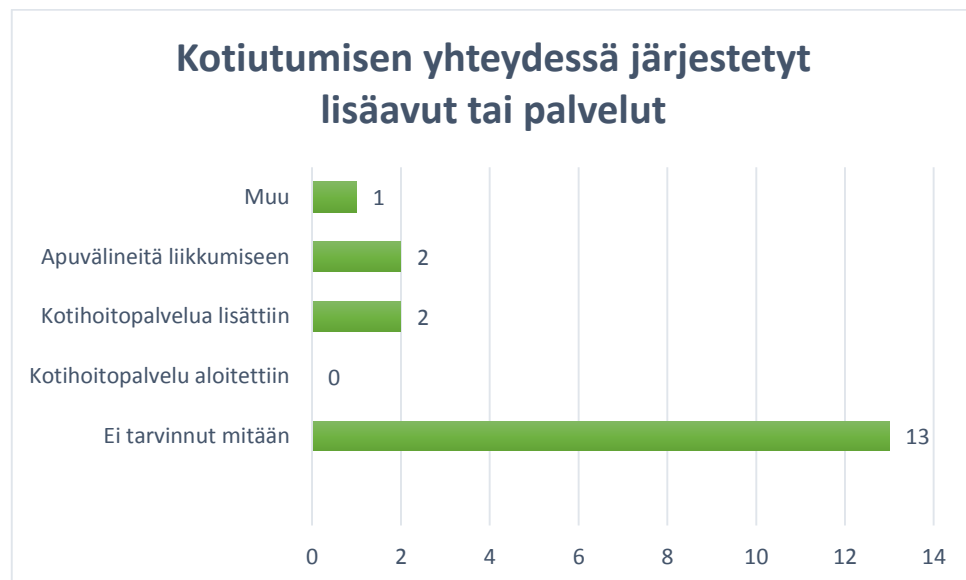


Toimintakykyarvioinnin hyödyllisyyttä tutkittiin kysymällä vaikutuksesta potilaan jatkohoitoon. Lisäksi haluttiin selvittää potilaiden jatkohoitoa hiukan tarkemmin (Taulukko 4.) Aiemmin todettiin toimintakykyluokituksella olevan vaikutusta potilaan jatkohoitoon suurimmassa osassa potilastapauksia. Jatkohoidosta kysyttäessä selvisi, että potilaista lähes puolet oli siirtynyt päivystyksestä keskussairaalan osastoille (44%) ja vajaa kolmasosa kotiutunut (31%). Muut-vaihtoehtossa potilaat olivat siirtyneet kaikki (6%) päivystysosastolle (POS).

Taulukko 4. Kohde, johon potilas siirtynyt päivystyksestä.

POTILAS SIIRTYNUT PÄIVYSTYKSESTÄ	N	%
Kotiin	16	30.8
Palvelutaloon tai vastaavaan	2	3.8
Terveyskeskuksen vuodeosastolle	8	15.4
Keskussairaalan osastolle	23	44.2
Muu	3	5.8
<b>Yhteensä</b>	<b>52</b>	<b>100.0</b>

Päivystyksestä kotiutuneiden potilaiden osalta selvitettiin myös heidän toimintakykynsä perusteella järjestettyjä lisäapuja tai palveluita. Päivystyksen hoitajat saivat valita tarpeen mukaan useamman vastausvaihtoehdon. Päivystyksestä potilaita kotiutui 16, joista suurin osa ei toimintakykynsä perusteella tarvinnut mitään lisäapuja tai palveluita kotiuttamisen mahdollistamiseksi (Kuvio 10.)



Kuvio 10. Toimintakyvyn perusteella järjestetyt lisäavut kotiuttamisen yhteydessä.

Tutkimuksen yhteydessä kysyttiin lisäksi avoimella kysymyksellä sekä ensihoitajien että päivystyksen hoitajien ajatuksia, mielipiteitä ja kehittämisehdotuksia ECOG-toimintakykyluokituksesta. Tähän kysymykseen ei oleellisia vastauksia tutkimuksen kannalta juurikaan saatu. Yksittäisessä mielipiteessä todettiin ECOG-luokituksen olevan

mahdollisesti hyvä apuväline potilaan toimintakyvyn seurantaan ja toisessa vastauksessa toivottiin toimintakyvyn arvioinnin olevan laajempi ensihoidon osalta.

## 10 POHDINTA

### 10.1. Tulosten tarkastelua

Tämän kehittämishankkeen tavoitteena oli käyttöönottaa Terveiden- ja hyvinvoinnin laitoksen projektityöryhmän suunnitelma toimintakyvyn arvioinnista ensihoidossa ensihoitajien työvälineeksi ja saada tutkimusnäyttöä sen käytettävyydestä ja hyödyllisyydestä. Tavoitteena oli myös hyödyntää systemaattista toimintakyvyn arviointia ensihoidon ja päivystyksen välisessä yhteistyössä. Tarkoituksena oli lisätä sairaalan ulkopuolisen ensihoidon hoitajien työvälineitä potilaan kokonaisvaltaiseen arviointiin ja sen myötä helpottaa ensihoitajien tekemiä hoitopäätöksiä hoidosta, mahdollisesta kuljettamiskohteesta tai kuljettamatta jättämisestä.

Ensihoitajien määrittämien ECOG-toimintakykyluokitusten perusteella voitiin todeta suurimmalla osalla päivystykseen kuljetetuista potilaista olleen vähintäänkin lievää vajausta toimintakyvyssään. Myös Arvon (2005) tutkimuksessa todettiin toimintakyvyn ikääntyneiden potilaiden kohdalla päivystyspoliklinikalla olleen heikentynyt, mikä suurimmaksi osaksi oli johtunut liikkumisen vaikeuksista tai hygienian puutteista esimerkiksi virtsanpidätyskyvyttömyydestä. ECOG-luokituksessa eri syistä johtuvia toimintarajoitteita ei ole otettu huomioon vaan luokitus perustuu täysin yksilön fyysiseen suoriutumiseen päivittäisistä toiminnoista. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen projektiryhmän suunnitelman mukaan ensihoidossa tulee kuitenkin kyetä tekemään yksinkertainen arvio potilaan toimintakyvystä, eikä laajemman tai moniulotteisemman arvion tekeminen olisi välttämättä edes mahdollista ensihoidossa työn luonteesta johtuen. Toimintakyky yhtenä potilaiden hoidon arvioinnin osa-alueena ensihoidossa ei ole täysin uutta, mutta ECOG-luokituksen avulla siitä on mahdollista saada järjestelmällisempää ja varmistaa tiedon siirtyminen myös päivystykseen potilaan jatkohoitoa ajatellen.

Ensihoitajat olivat käyttäneet potilaiden toimintakyvyn arvioinnissa eniten havainnointia ja potilaiden haastatteluja, mikä on muutenkin todennäköisesti yleisin tapa ensihoidossa arvioitaessa potilaan kokonaistilannetta. Yleisesti oli kuitenkin käytetty useampaa kuin yhtä keinoa toimintakyvyn määrittämiseen. Pietiläisen (2011) tutkimuksessa, jossa arvioitiin ensihoitajien ammatillista pätevyyttä, todettiin ensihoitajien analysoivan erittäin usein potilaan voimien monipuolisesti ja ammatillisen pätevyyden olevan hyvä tällä osa-alueella.

Ensihoitajat olivat kokeneet toimintakyvyn arvioinnin ECOG-luokitusta käyttäen pääosin helpoksi. Lähes kaikki alueen ensihoitajat olivat koulutettu toimintakykyluokituksen käyttöön ennen pilottikokeilun alkamista, mikä varmasti osaltaan auttoi ja helpotti uudenlaisen luokituksen käyttämistä. Osaaminen oli myös varmistettu koulutuksen ohessa pidetyllä

testillä. Tulosten perusteella voidaankin todeta, että ECOG-luokitus on yksinkertainen, nopea ja helppokäyttöinen työväline potilaan toimintakyvyn arviointiin ensihoidossa.

Ensihoitajien arviot toimintakykyluokituksen hyödyllisyydestä ja vaikutuksista vaihtelivat suuresti ja olivat jopa osittain ristiriitaisia päivystyksen hoitajien vastaaviin arvioihin. Ensihoidossa lähes kolmasosassa potilastapauksia ECOG-luokituksen mukaisella arvioinnilla koettiin olleen vaikutusta jokaiseen tutkittuun osa-alueeseen, joita olivat vaikutukset potilaan hoitoon, kuljettamispäätökseen ja kuljettamiskohteeseen. Toisaalta yli puolessa potilastapauksia vaikutuksia ei koettu olleen millään näistä osa-alueista. Vähäinen vaikutus kuljettamiskohteen valintaan ensihoidossa voi selittyä osaltaan vastaanottavien hoitolaitosten vähyydellä. Minkäänlaista johdonmukaisuutta saatujen vastausten perusteella toimintakykyluokituksen vaikutuksista näiden osa-alueiden välillä ei tämän aineiston perusteella voitu osoittaa olevan.

Päivystyksen hoitajilta saatujen vastausten perusteella ensihoitajien tekemällä toimintakyvyn arvioinnilla koettiin olleen vaikutusta potilaiden hoidon ja jatkohoidon suunnitteluun sekä kotiuttamiseen jopa lähes kahdessa kolmasosassa tapauksia. Päivystyksen osalta täytyy kuitenkin huomioida, että saatujen vastausten määrä oli kuitenkin huomattavasti pienempi kuin ensihoidon osalta. Päivystyksessä koettiin ECOG-luokituksen myös antavan riittävästi tietoa päivystykseen tuotujen potilaiden toimintakyvystä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen projektityöryhmän yhtenä ajatuksena ECOG-luokituksen tekemisessä ensihoidossa onkin toimintakyvyn arvioinnin tarpeellisuus potilaiden jatkohoidon kannalta, kuten päivystyksissä. Lisäksi toimintakyvyn arviointi on usein helpompaa potilaiden tavallisessa toimintaympäristössä, tavallisimmin kotona, jossa ensihoitajat yleensä potilaansa kohtaavat.

## 10.2. Kehittämishankkeen arviointi

Tässä kehittämishankeessa lähestymistapana käytettiin toimintatutkimusta, jolle tyypillistä on käytännönläheisyys. Tällaisessa yleensä ajallisesti rajatussa tutkimus- tai kehittämisprojektissa usein suunnitellaan ja kokeillaan uusia toimintatapoja. (Heikkinen 2007, 17.) Tämän kehittämishankkeen tavoitteena oli käyttöönottaa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen projektityöryhmän suunnitelma potilaan toimintakyvyn arvioinnista ensihoidossa ensihoitajien työvälineeksi ja saada tutkimusnäyttöä sen käytettävyydestä ja hyödyllisyydestä. Kehittämishankkeen yhteydessä tutkittiin ECOG-toimintakykyluokituksen käyttöä uutena potilaan hoidon tarpeen arviointi –menetelmänä sekä koulutettiin ja kokeiltiin pilottimuotoisessa hankkeessa Päijät-Hämeen ensihoitopalvelussa ja yhteispäivystyksessä. Hankkeen yhteydessä tehdyssä kyselytutkimuksessa selvisi, että ECOG-luokitus on ensihoitajien näkökulmasta helppokäyttöinen ja sillä on vaikutuksia ensihoitajien tekemiin hoito- ja kuljettamispäätöksiin. Myös päivystyksen näkökulmasta toimintakyvyn arvioinnin oli pääsääntöisesti koettu olevan hyödyllinen. Yhtenä tavoitteena kehittämishankkeessa olikin lisätä ensihoidon ja

päivystyksen yhteistyön välineitä, johon tulosten perusteella ECOG-toimintakykyluokitus voisi hyvinkin soveltua. ECOG-toimintakykyluokituksen jatkoarviointia ja mahdollista valtakunnallista käyttöönottoa sähköisessä ensihoitokertomuksessa ajatellen tulokset toimitettiin Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ensihoidon sähköistä kirjaamista kehittävän projektityöryhmän käyttöön kehittämishankkeen toimeksiantajan (FinnHEMS) välityksellä.

Kehittämishanke eteni toimintatutkimuksen syklin mukaisesti alkaen uuden toimintatavan suunnittelusta, mihin sisältyi hankkeeseen liittyvän teoriaan ja Terveiden- ja hyvinvoinnin laitoksen sähköisen kirjaamisen kehittämistyöryhmän suunnitelmaan perehtyminen sekä pilottikokeiluun osallistuvan henkilöstön koulutuksen suunnittelu. Tämän jälkeen toteutettiin uuden toimintatavan, ECOG-toimintakykyluokituksen, käyttöönotto henkilöstön koulutusten jälkeisellä pilottikokeilujaksolla. Syklin mukaisesti toteutusta havainnoitiin ja reflektoitii sekä pilottikokeilujakson aikana että sen jälkeen. Kehittämishanke eteni pääsääntöisesti etukäteen suunnitellun aikataulun mukaisesti. Kehittämishankkeen toteutumista edistivät hankkeen toteuttajien työskentely pilottikokeiluun osallistuneessa kohdeorganisaatiossa sekä työelämän edustajan (FinnHEMS) antama tuki ja ohjaus.

Kehittämishankkeen arviointia ja tulosten analysointia vaikeuttivat aiempien tutkimusten puuttuminen vastaavista hankkeista ensihoidon tai ECOG-toimintakykyluokituksen näkökulmasta. Tästä johtuen näkökulmaa hiukan muokattiin hankkeen edetessä käsittelemään yleisemmin toimintakyvyn alenemisen vaikutusta potilaiden hoidon tarpeen arviointiin, hoitopäätöstentekoon sekä sairaalassaoloaikaan. Toimintatutkimuksessa tutkimusongelmat saattavatkin muuttua ja täsmentyä prosessin aikana. Eikä tutkija voi varautua kaikkiin kehittämisprosessissa esiin nouseviin kysymyksiin ja liiallisella rajaamisella oleellisia seikkoja saattaa jäädä huomaamatta tutkimuksen ja kehittämisen kannalta. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2010, 96.)

Kehittämishankkeen voidaan katsoa olevan sosiaalinen prosessi, jossa onnistumisen edellytyksenä ei ole vain tutkijan kyvykkyys vaan suuressa määrin myös siinä mukana olevien ihmisten motivaatio ja sitoutuminen, aktiivinen osallistuminen sekä vuorovaikutus (Lauri 2006, 133; Toikko & Rantanen 2009, 89). Ensihoitajia pyrittiin motivoimaan koulutusten yhteydessä korostamalla hankkeen merkitystä ensihoidon sähköisen kirjaamisen kehittämisessä valtakunnallisella tasolla. Kuitenkaan vastausprosentti ei yltänyt aivan tavoitellulle tasolle. Ensihoidon osallistuminen tutkimukseen oli aktiivisempaa kuin päivystyksen, mikä selittyy todennäköisesti koulutusten eri toteuttamistavoilla. Mahdollisesti osallistumisesta oltaisiin saatu aktiivisempaa päivystyksen henkilöstölle järjestetyllä erillisellä koulutustilaisuudella itseopiskelumateriaalin sijaan.

Kehittämishankkeissa on usein lähtökohtana organisaation, työyhteisön tai järjestelmän tarve muutokselle tai kehittämiselle. Tästä henkilöstölle aiheutuvaa kehitymis- ja muutospainetta voidaan helpottaa aktiivisella osallistumisella hankkeisiin. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 195 –

196.) Tässäkin hankkeessa henkilöstöä kannustettiin osallistumaan aktiivisesti pilottikokeiluun, mikä voisi myös helpottaa muutokseen sopeutumista tulevassa ensihoidon sähköisen kirjaamisen käyttöönottovaiheessa.

### 10.3. Eettisyys ja luotettavuus kehittämishankkeessa

Heikkilän ym. (2008, 44 – 45) mukaan kehittämishanketta tehdessä on aina huomioitava myös alaa ja yksikköä koskevat yleiset säädökset sekä yksittäiset ohjeet, joiden mukaan on toimittava, jotta hanke voidaan toteuttaa hyvin käytäntöjen mukaisesti. Terveystieteiden tutkimuksessa korostuu salassapitovelvollisuus ja on huomioitava, että salassapito pätee myös kehittämishankkeen myötä koottaviin tutkimusaineistoihin. Mukana olevia henkilöitä on tiedotettava asianmukaisesti ja kehittämishankkeeseen osallistuvien itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava.

Kehittämishanketta varten haettiin tutkimuslupaa Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän Ensihoito- ja päivystyskeskuksen tulosalueelta. Tutkimuslupan myötä toteutettiin kysely ensihoidon ja päivystyksen henkilökunnalle sekä raportoituihin tulokset kehittämishankkeen tavoitteiden mukaisesti. Robsonin (2011, 50–51) mukaan arvioinneissa ollaan tekemisissä ilmiöiden kanssa, jotka vaikuttavat ihmisten elämään. Kun toimintaa arvioidaan asiakkaiden, henkilökunnan tai muiden toimintaan osallistuvien näkökulmasta, on huomioitava sellaisia keskeisiä kysymyksiä etiikan kannalta, kuten suostumus, yksityisyys, luottamuksellisuus sekä riskit suhteessa hyötyyn.

Kehittämishankkeessamme toteutettava kysely toteutettiin ensihoidon työntekijöille, ei ensihoidon potilaille. Kehittämishankkeen toteuttamiseksi ei tarvittu työntekijöiden tai potilaiden henkilötietoja. Toimintakyvyn arviointilomakkeena toimi erillinen vastauslomake, johon oli liitetty arviointia koskevia kysymyksiä eikä pääsyä potilaiden henkilötietoihin tarvittu. Kehittämishankkeessa ei valittu erikseen tutkimukseen osallistuvia henkilöitä, vaan ensihoitotyötä tekevät hoitajat osallistuivat työnsä ohessa. Ensihoidon työntekijöitä informoitiin koulutuksella kehittämishankkeesta, siihen liittyvästä kokeilujaksosta ja kyselystä. Tiedotimme myös päivystyksen työntekijöitä kehittämishankkeesta sähköpostitse itseopiskelumateriaalilla ja saatekirjeellä sekä siihen liittyvästä kokeilujaksosta ja kyselystä. Kyselyyn osallistuminen oli vapaaehtoista mutta suotavaa, joten suostumuslomaketta ei nähty tarpeelliseksi hankkia tämän tyyppisessä postikyselyä toteutettaessa. Henkilörekisteriä ei tämän hankkeen aikana syntynyt. Erillisen suostumuslomakkeen puuttumisen ei nähty heikentävän kehittämishankkeen eettistä toteutusta.

Kehittämishanke toteutettiin korkean moraalin mukaisesti, rehellisesti ja tarkasti ja tulokset palvelivat kohdeorganisaatiota. Kokeilujakson aikana huolehdittiin, että jokainen osallistuja ymmärtää oman osansa tutkimuksessa sekä heitä yritettiin motivoida ymmärtämään kehittämishankkeen tarpeellisuus työnsä kehittämiseen. Kehittämishankkeessa odotettiin henkilökunnan osallistuvan oman

työskentelytapojen kehittämiseen, kun taas tieteellisessä tutkimuksessa kohderyhmältä kysytään suostumusta tutkimukseen.

Toimintatutkimus ei ole oma tutkimusmenetelmänsä, jolloin luotettavuutta arvioidaan käytettyjen menetelmien luotettavuuskriteereillä. Luotettavan työn pohjalla on aina mahdollisimman tarkka dokumentaatio mitä, miksi ja milloin mitäkin on tehty. (Kananen 2012, 166.) Laurin (2006, 121, 134) mukaan toimintatutkimuksen tulokset eivät yleensä ole yleistettävissä eikä tutkimus ole myöskään toistettavissa samanlaisena. Mutta toimintatutkimuksen tulokset voivat kuitenkin antaa luotettavaa tietoa siitä, ovatko kehittämisohjelman tavoitteet ja käytetyt uudet interventiot sovellettavissa käytäntöön. Lisäksi onnistunut toimintatutkimus antaa uutta tietoa hoitamisesta sekä tuottaa uudenlaisia malleja ja teorioita, jotka ovat hoitotieteellisen tutkimuksen perimmäisiä tavoitteita. Tämä kehittämishanke tuotti uutta tietoa ja uudenlaisen mallin potilaan toimintakyvyn arviointiin ECOG-toimintakykyluokitusta käyttäen. Kehittämishankkeessa toteutetun tutkimuksen tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen projektityöryhmässä ja sitä myöten valtakunnallisesti ensihoidon kehittämisessä, vaikka kokeilujakso ja tutkimus on toteutettu paikallisesti Päijät-Hämeen ensihoitopalvelussa ja yhteispäivystyksessä.

#### 10.4. Johtopäätökset ja jatkokehittämisehdotukset

Sosiaali- ja terveysministeriön koordinoiman KEJO-hankkeen yhtenä tavoitteena on ensihoidon sähköisen tietojärjestelmän ja ensihoitokertomuksen kehittäminen, jossa omalta osaltaan terveyden ja hyvinvoinnin laitos perustamansa projektiryhmän avulla määrittelee tähän tulevat tietosisällöt. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen projektiryhmän ajatuksena on saattaa tässä yhteydessä ECOG-toimintakykyluokitus ensihoitajien käyttöön tulevassa sähköisessä ensihoitokertomuksessa. Kenttäjärjestelmän käyttöönoton on arvioitu tapahtuvan vuoden 2016 aikana.

ECOG-toimintakykyluokitus ei siis vielä ole käytössä ensihoidossa. Käytössä ei myöskään ole mitään vastaavia luokituksia tai mittareita. Tutkimuksen tulosten perusteella voitaisiin kuitenkin päätellä toimintakyvyn arvioinnilla olevan jonkin verran merkitystä potilaan hoidon kannalta sekä osaltaan auttavan ensihoitajia hoitopäätösten tekemisessä. Lyhyestä kokeilujaksosta johtuvan vähäisen aineiston perusteella ei voida tehdä yleistettäviä päätelmiä luokituksen hyödyllisyydestä tai vaikutuksista potilaan hoitoon. Kuitenkin aiemmissa tutkimuksissa kansainvälisestikin on osoitettu toimintakyvyn arvioinnilla olevan vaikutuksia päivystyspotilaiden hoitoon.

Ensihoidossa on varmastikin potilaiden toimintakykyä arvioitu jo aiemminkin, mutta käytössä ei ole ollut minkäänlaista työvälinettä tai systemaattisuutta arvioinnin tekemiseen. Potilaiden toimintakyvyn arviointi on pohjautunut hyvin pitkälti ensihoitajan omaan näkemykseen ja aktiivisuuteen asiassa. Lisäksi havaintojen kirjaaminen ei todennäköisesti ole ollut kovinkaan järjestelmällistä, minkä vuoksi myös tiedon kulkeminen

potilaan toimintakyvystä päivystykseen on ollut rajallista. Tämän tutkimuksen mukaan päivystyksen henkilökunta katsoi kuitenkin toimintakyvyn arvioinnin olevan merkityksellistä vaikuttaen potilaiden hoitoon ja jatkohoidon suunnitteluun suurimmassa osassa potilastapauksia. ECOG-toimintakykyluokitus saattaisikin olla päivystyksen ja ensihoidon välisessä yhteistyössä uusi työväline, jolla voisi mahdollisesti olla vaikutusta jopa potilaan koko hoitoprosessiin.

Työvälineenä ECOG-toimintakykyluokitus on yksinkertainen ja helppokäyttöinen ajatellen ensihoidon ja päivystyksen työn luonnetta, mikä tuli ilmi myös tässä tutkimuksessa. Luokitus perustuu kuitenkin lähinnä yksilön fyysiseen suoriutumiskykyyn päivittäisissä toiminnoissaan eikä huomioi psyykkisiä, sosiaalisia tai ympäristön vaikutuksia toimintakykyyn. Mahdollisesti ECOG-toimintakykyluokitus on jopa liian suppea, kun ajatellaan näitä kaikkia potilaiden toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä. Toisaalta ensihoidossa voisi olla hyvin haasteellista tehdä laajoja kartoituksia, kuten ICF-luokitus tai Barthel index, toimintakykyyn liittyen, koska näiden läpikäyminen veisi liikaa aikaa. ECOG-luokitus on kuitenkin yksi vaihtoehto toimintakyvyn määrittämiseen ensihoidossa. Luokituksen riittävyyttä arviointivälineenä ei voida varmistaa pelkästään tällä tutkimuksella ilman pidempiaikaista käyttökokemusta tai vertailuja muihin vastaaviin luokituksiin.

Tulevaisuutta ajatellen ensihoitajien olisi tärkeää ymmärtää toimintakyvyn arvioinnin merkittävyys potilaan hoidon ja erityisesti jatkohoidon suunnittelussa. Mikäli ECOG-toimintakykyluokitus otetaan valtakunnallisesti käyttöön sähköisessä ensihoitojärjestelmässä tulisi varmistaa luokitusta käyttävien ensihoitajien osaaminen yhdenmukaisella kouluttamisella ja selkeällä ohjeistuksella. Arvioinnin merkitystä olisi hyvä painottaa. Ensihoidossa tulisi huomioida, että toimintakyvyn arvioiminen on helpompaa potilaan kotiympäristössä kuin jälkikäteen päivystyksessä tai sairaalassa. Arviointi numeraalisena muuttujana luokituksen avulla on nopeaa ja helppoa, mutta tulisi kuitenkin jollakin tavalla avata ja kirjata sanallisesti ensihoitokertomukseen kuten toimitaan muidenkin numeraalisten arviointiasteikkojen kohdalla, esimerkiksi GCS (Glasgow Coma Scale).

Ajallisesti erilaisten toimintakykyluokitusten tämän tutkimuksen tapaiset pilottikokeilut ensihoidossa eivät todennäköisesti ole mahdollisia huomioiden sähköisen ensihoitokertomuksen suunniteltu käyttöönotto vuoden 2016 aikana. Kuitenkin eri toimintakykyluokitusten laajempaa vertailua soveltamisesta ensihoidon käyttöön voisi toteuttaa teoriatasolla. Mikäli ECOG-toimintakykyluokitus otetaan käyttöön valtakunnallisella tasolla, voisi jatkossa selvittää laajemminkin luokituksen hyödyllisyydestä ja vaikutuksista ensihoitajien tekemiin päätöksiin potilaan hoidosta ja kuljettamisesta sekä vaikutuksista potilaan hoidon ja jatkohoidon suunnitteluun päivystyksessä.

## LÄHTEET

Aaltola, J. & Syrjälä, L. 1999. Tiede, toiminta ja vaikuttaminen. Teoksessa Heikkinen, H., Huttunen, R. & Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: WSOY. 11 – 24.

Anttila, P. 1998a. Tutkimisen taito ja tiedonhankinta. Kyselyaineiston käsittely [viitattu 19.11.2014]. Saatavissa: [http://www.metodix.com/fi/sisallys/01\\_menetelmat/01\\_tutkimusprosessi/02\\_tutkimisen\\_taito\\_ja\\_tiedon\\_hankinta/09\\_tutkimusmenetelmat/71\\_kysely\\_aineiston\\_kasittely](http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/01_tutkimusprosessi/02_tutkimisen_taito_ja_tiedon_hankinta/09_tutkimusmenetelmat/71_kysely_aineiston_kasittely)

Anttila, P. 1998b. Tutkimisen taito ja tiedonhankinta. Kyselylomakkeen saatteet [viitattu 19.11.2014]. Saatavissa: [http://www.metodix.com/fi/sisallys/01\\_menetelmat/01\\_tutkimusprosessi/02\\_tutkimisen\\_taito\\_ja\\_tiedon\\_hankinta/09\\_tutkimusmenetelmat/72\\_kysely\\_lomakkeen\\_saatteet](http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/01_tutkimusprosessi/02_tutkimisen_taito_ja_tiedon_hankinta/09_tutkimusmenetelmat/72_kysely_lomakkeen_saatteet)

Anttila, P. 1998c. Tutkimisen taito ja tiedonhankinta. Survey eli kyselytutkimus [viitattu 19.11.2014]. Saatavissa: [http://www.metodix.com/fi/sisallys/01\\_menetelmat/01\\_tutkimusprosessi/02\\_tutkimisen\\_taito\\_ja\\_tiedon\\_hankinta/09\\_tutkimusmenetelmat/21\\_survey\\_eli\\_kyselytutkimus](http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/01_tutkimusprosessi/02_tutkimisen_taito_ja_tiedon_hankinta/09_tutkimusmenetelmat/21_survey_eli_kyselytutkimus)

Arvo, T. 2005. Ikääntynyt potilas päivystyspoliklinikalla toimintakyvyn muutoksen seuranta. Kuopion yliopisto. Hoitotiede. Pro gradu-tutkielma.

Autio, T. & Vesterinen, P. 2014. Barthelin indeksi. [viitattu 30.11.2014] Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/84/tulosta/>

Auvinen, P., Palukka, H. & Tiilikka, T. 2012. Palvelujärjestelmä murroksessa - ensihoidon ja sairaankuljetuksen työ- ja toimintakäytänteet. Tampereen yliopisto. Tutkimushankkeen loppuraportti [viitattu 20.1.2014]. Saatavissa: [http://www.tsr.fi/c/document\\_library](http://www.tsr.fi/c/document_library)

Blagden, Charman, Sharples, Magee & Gilligan 2003. Performance status score: do patients and their oncologists agree? British Journal of Cancer 89, 1022 – 1027 [viitattu 15.1.2014]. Saatavissa: <http://www.nature.com/bjc/journal/>

Conforti, David A., Basic, David & Rowland, Jeffrey T. 2004. Emergency department admissions, older people, functional decline, and length of stay in hospital. Australasian Journal on Ageing, Vol 23 No 4 December 2004, Research 189 – 194.

Ensihoitokeskus toimintaohje. 2013. ISBAR-konsultaatioprotokolla. Intranet: Päijät-Hämeen pelastuslaitos [viitattu 6.2.2014] Saatavissa: <http://intra.phpela.fi>

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino. Tampere.



FinnHEMS 2013. Vuosikertomus 2013. [viitattu 14.11.2014]. Saatavissa : <http://www.finnhems.fi/wp-content/uploads/FinnHEMS-Oy-Vuosikertomus-2013.pdf>

FinnHEMS 2014a. FinnHEMS 30- Tampere [viitattu 9.11.2014]. Saatavissa: <http://www.finnhems.fi/tukikohdat/tampere/>

FinnHEMS 2014b. Mikä FinnHEMS on? [viitattu 9.11.2014]. Saatavissa: <http://www.finnhems.fi/finnhems/mika-finnhems-on/>

Grönlund, A. & Maaskola, M. 2003. Väestön ikääntymisen vaikutus Helsingin pelastuslaitoksen ensihoitopalveluun vuosina 2001 – 2025. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian julkaisuja.

Hakala, P. 2010. RAI-järjestelmä osana psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelua. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. YAMK-opinnäytetyö.

Heikkilä, A., Jokinen, P., Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Porvoo: WSOY.

Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heikkinen, H. 2007. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, T. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Dark Oy.

Heikkinen, H. & Jyrkämä, J. 1999. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa Heikkinen, H. Huttunen, R. & Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: WSOY. 25 – 62.

Heikkinen, E., Rovio, L & Syrjälä, L. 2006. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Jensen, Jan L., Croskerry, P. & Travers Andrew H. 2009. Paramedic clinical decision making during high acuity emergency calls: design and methodology of a Delphi study. BMC Emergency Medicine 2009, 9:17.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kemppainen, M. 2013. Potilaaksi päivystyspoliklinikalle. Teoksessa. Kuisma, M. Holmström, P. & Porthan, K. (toim.) Ensihoito. Helsinki: Tammi.

Kivekäs, J. & Kallanranta, T. 2004. Toimintakyky ja kuntoutus. Teoksessa: Matikainen, E., Aro, T., Huunan-Seppälä, A., Kivekäs, J., Kujala, S. & Tola, S. (toim.) Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 374 – 379.

Kuisma, M. 2005. Yhteistoiminta ensihoitojärjestelmän kanssa. Teoksessa: Koponen, L. & Sillanpää, K. (toim.) Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Tammi. 41 – 46.

Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus. Tampere: Vastapaino.

Kuronen, J. & Tolonen, M. 2012. Haastattelu 2.11.2012. Haastattelija Kimmo Salvén [viitattu 22.1.2014]. Saatavissa: <http://www.kantti.net/artikkeli/2012/>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. 28.6.1994.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 19.8.1992/785.

Laukkanen, P. 2001. Iäkkäiden henkilöiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Mittaaminen ja käyttö vanhustenhuollon arvioinnissa. Teoksessa: Talo, S. (toim.) Toimintakyky -viitekehyksestä arviointiin ja mittaamiseen. Seminaariraportti Turku 4.-5.5.2000. KELA Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 49. Jyväskylä: Gummerus, 95 – 102.

Lauri, S. 2006. Esimerkkejä erityyppisistä tutkimuksista hoitotieteessä. Toimintatutkimus. Teoksessa: Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

Lehto, M. 2004. Toimintakyky terveydenhuollon tulosmuuttujana. Teoksessa: Matikainen, E., Aro, T., Huunan-Seppälä, A., Kivekäs, J., Kujala, S. & Tola, S. (toim.) Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 18 – 21.

Lindberg, O. 2005. Vanhus päivystyksessä. Teoksessa: Koponen, L. & Sillanpää, K. (toim.) Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Tammi, 374 – 379.

Lindfors-Niilola, A., Riihelä, K. & Kaskinen, R. 2013. Ensihoidon palvelutasopäätökset ja triage-ohjeistukset, Etelä-Suomen alueen sairaanhoitopiirit. Aluehallintovirasto. Etelä-Suomen aluehallintoviraston julkaisuja 26/2013. Hämeenlinna: Suomen yliopistopaino.

Lodico, M. Spaulding, D. & Voegtle, K. 2006. Methods in educational research. From theory to practice. Jossey-Bass. San Francisco.

Mahoney, FI. & Barthel, DW. 1965. Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal 14, 61 – 65.

Matikainen, E., Aro, T., Huunan-Seppälä, A., Kivekäs, J., Kujala, S. & Tola, S. 2004 (toim.) Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä: Tutkijalaitos. Helsinki: International Methelp.

Mikkonen, S. 2011. Luovutusprosessin haasteet ensihoidosta päivystyspoliklinikalle [viitattu 26.1.2014]. Saatavissa: <http://www.ensihoidontiedotus.fi/index.php/95-sami-mikkonen>

Määttä, T. 2005. Ensihoitopalvelu. Teoksessa. Kuisma, M. Holmström, P. & Porthan, K. (toim.) Ensihoito. Helsinki: Tammi. 24 – 39.

Määttä, T. 2013. Ensihoitopalvelu. Teoksessa. Kuisma, M. Holmström, P. & Porthan, K. (toim.) Ensihoito. Helsinki: Tammi.

Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M., & Vähäkangas, P.(toim.)2005. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Pappinen, J. 2008. Korvausjärjestelmän vaikutukset terveystalouden tuottajan taloudelliseen riskiin. Kuopion yliopisto. Terveystaloustiede. Pro gradu –tutkielma.

Pappinen, J. 2014. Sähköpostiviesti 6.2.2014.

Pietiläinen, J. 2011. Ensihoitajien ammatillinen pätevyys ja täydennyskoulutustarve. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. YAMK-opinnäytetyö [viitattu 6.11.2014.] Saatavissa: <https://www.theseus.fi/handle/10024/37862>

Pohjolainen, P. 2009. Toimintakyvyn teoreettisia lähtökohtia. Teoksessa: Pohjolainen, P. & Heimonen, S. (toim.) Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Ikäinstituutti 1/2009, 17 – 25.

Päijät-Hämeen pelastuslaitos 2014. Pelastuslaitoksen ensihoidon periaatteet [viitattu 2.1.2014]. Saatavissa: [http://www.phpela.fi/fi/ensihoitopalvelut/ensihoidon\\_periaatteet](http://www.phpela.fi/fi/ensihoitopalvelut/ensihoidon_periaatteet)

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä 2012. Tulosityhmän johtajan katsaus [viitattu 2.1.2014]. Saatavissa: <http://www.phsotey.fi/sivut/>

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä 2013a. Ensihoito ja päivystyskeskus. [Viitattu 22.1.2014 ja 14.11.2014]. Saatavissa: <http://www.phsotey.fi/sivut/>

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä 2013b. Ensihoitokeskus. Palvelutasopäätösesitys ensihoidon järjestämiseksi Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän alueella 1.1.2013 alkaen. Saatavissa:

[http://www.phpela.fi/easydata/customers/phpela/files/Ensihoidon\\_tiedosto\\_t/ensihoidon\\_palvelutasopaatos\\_2012.pdf](http://www.phpela.fi/easydata/customers/phpela/files/Ensihoidon_tiedosto_t/ensihoidon_palvelutasopaatos_2012.pdf)

Rekola, L. 2008. Päätöksenteko ensihoidossa. Teoksessa: Kuisma, M. Holmström, P. & Porthan, K. (toim.) Ensihoito. Helsinki: Tammi. 46 – 51.

Ritala, R. & Tarvainen, H. 1991. Henkilöstön kehittäminen. Osaavat ihmiset- menestyvä organisaatio. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Sillanpää, K. 2008. Potilaaksi päivystyspoliklinikalle. Teoksessa: Teoksessa: Kuisma, M. Holmström, P. & Porthan, K. (toim.) Ensihoito. Helsinki: Tammi. 40 – 45.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy. Saatavissa: [www.stm.fi/julkaisut](http://www.stm.fi/julkaisut)

STMp. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011. 6.4.2011.

Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1995. Laadullisen tutkimuksen työpajoja. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Talo, S. 2001. Prologi seminaarin sisällöstä ja tavoitteista. Teoksessa: Talo, S. (toim.) Toimintakyky -viitekehyksestä arviointiin ja mittaamiseen. Seminaariraportti Turku 4.-5.5.2000. KELA Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 49. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy. 33 – 44.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 2013. Sähköisen ensihoidokertomuksen tietosisältömäärittelyt. Luonnos 8.11.2013. Ei julkinen.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 2014a. Toimintakyky ja toimintakyvyn kuvaaminen. Tulostettu 22.1.2014. Saatavissa: [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/icf/toimintakyky\\_ja\\_toimintakyvyn\\_kuvaaminen](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/icf/toimintakyky_ja_toimintakyvyn_kuvaaminen)

Terveystieteiden tutkimuskeskus 2014b. Mikä on RAI? [viitattu 30.11.2014]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/fi/web/ikaantymisen/palvelujen-ja-hoidon-laatu/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta/mika-on-rai>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014c. Iäkkäiden toimintakyky. [viitattu 31.12.2014]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/vaeston-toimintakyky/iakkaiden-toimintakyky>

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Kehittämistoiminta. 3. korjattu painos. Tampere: Tampereen yliopistopaino.

Toimia 2014. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto [viitattu: 23.9.2014]. Saatavissa: [www.toimia.fi](http://www.toimia.fi)

Valtioneuvoston asetus terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta 337/2011.

WHO 2013. How to use ICF. A Practical Manual for using International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO. Tulostettu 22.1.2014. <http://www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual.pdf>

Wilber, Scott T., Blanda, M, & Gerson, Lowell W. 2006. Does Functional Decline Prompt Emergency Department Visits and Admission in Older Patients? Academic Emergency Medicine 2006; 13: 680 – 682.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon  
kuntayhtymäLUPAHAKEMUS  
AMK- ja toisen asteen  
OPINNÄYTETYÖ tai KEHITTÄMISHANKE

Hakemus toimitetaan luvan myöntäjälle. Lupaa opinnäyte- ja tutkimustyöhön ei pääsääntöisesti myönnetä potilaisiin tai asiakkaisiin kohdistuviin tutkimuksiin eikä rekisteritutkimuksiin, jotka kohdistuvat PHSOTEY:n salassa pidettäviin potilas / asiakasrekisteritietoihin. (Ks. ohjeet tutkimuslupan hakemiseksi, kohta 4).

Saapumispäivä

17.2.2014

PHSOTEY Dnro TUTKIMUS:

11/2014

PHSOTEY sisäisen laskutuksen SL-koodi:

H 133

Opiskelija/tutkija täyttää ja vastaa allekirjoitusten hankkimisesta

## 1 Toteutuspaikka: tulosryhmä ja tulosityksikkö

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Ensihoito ja päivystyskeskus | <input type="checkbox"/> Keskussairaala         | <input type="checkbox"/> Kuntoutuskeskus   |
| <input type="checkbox"/> Lääketieteellisten palvelujen keskus    | <input type="checkbox"/> Peruspalvelukeskus     | <input type="checkbox"/> Tukipalvelukeskus |
| <input type="checkbox"/> Yhtymähallinto                          | <input type="checkbox"/> Ympäristöterveyskeskus |  |

Tulosityksikkö: Ensihoitokeskus

## 2. Opinnäytetyön/kehittämishankkeen tiedot

Oppilaitos, koulutusohjelma ja suuntautumisvaihtoehto

Lahti ammattikorkeakoulu, Hämeen ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen YAMK

Oppilaitoksen osoite ja muut yhteystiedot

LAMK, Hoitajankatu 3, 15850 Lahti HAMK, Visamäentie 35 A, 13100 Hämeenlinna

Opinnäytetyön/kehittämishankkeen nimi ja lyhytnimi

Potilaan toimintakyvyn arviointi ensihoidossa -kehittämishanke

Opinnäytetyön/kehittämishankkeen alkamispvm

30.11.2013

Opinnäytetyön/kehittämishankkeen arvioitu päättymispvm

31.12.2014

Opinnäytetyön luonne

☒ Kehittämishanke☐ Tutkimus

Opinnäytetyön/kehittämishankkeen tavoitteet ja lyhyt kuvaus toteutuksesta (esim. aineiston keruu, kohderyhmä)

Tavoitteena on saattaa THL:n työryhmän suunnitelma toimintakyvyn arvioinnista ECOG-luokituksen ensihoidon käyttöön, saada tutkimusnäyttöä sen hyödyllisyydestä ja hyödyntää systemaattista toimintakyvyn arviointi ensihoidon ja päivystyspoliklinikan yhteistyössä. Tarkoituksena on lisätä ensihoitajien työvälineitä potilaan kokonaisvaltaisen arvioinnin tueksi.

Kehittämishanke toteutetaan Ensihoitokeskuksen ja Päijät-Hämeen pelastuslaitoksen ensihoitovksikoissa. Ensihoitajille ja

## 3. Hakija/hakijat

Luvanhakija/yhteyshenkilö:

Anne Korva

Osoite:

Hirvipolku 11, 16900 Lammi

Sähköposti:

anne.korvan@gmail.com

Puhelin:

044-3302731

Opinnäytetyön/kehittämishankkeen tekijöiden nimet:

Osoite:

Sähköposti:

Puhelin:

Heli Latvala

Rautatienkatu 1 B 9, 15100

heli.latvala@hotmail.com

040-7514276

Anne Korva

Hirvipolku 11, 16900 Lammi

anne.korvan@gmail.com

044-3302731

## 4. Opinnäytetyön/kehittämishankkeen kustannuksista vastaa

☒ opiskelija/tutkija☒ joku muu, mikä: Finhens (notkokulut + painatus)☐ PHSOTEY:n tulosityksikkö, josta sovittu (pvm ja nimi):

## 5. Opinnäytetyön raportointi

- ☒ Opinnäytetyö/raportti toimitetaan luvan myöntäjälle ☐ Raportti toimitetaan julkaisusarjan toimituskunnalle
- ☐ Opinnäytetyöstä/raportista pidetään osastokokous/koulutus
- ☐ Jokin muu tapa, mikä

Opinnäytetyön tekijällä on opinnäytetyöhönsä tekijänoikeus, mikäli toimeksiantosopimuksessa ei toisin sovita. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä saa opinnäytetyöhön käyttöoikeuden omassa toiminnassaan. Käyttöoikeudesta ei suoriteta palkkiota.

## 6. Allekirjoitukset

## Oppilaitos

Pvm ja ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys

7.2.2014 *Sari Miettinen* SARI MIETTINEN

Puhelin/sähköposti

03 646 4733 / sari.miettinen@hanki.fi

## Tutkimus

Pvm ja ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys

12.2.2014 *Jukka Pappinen* JUKKA PAPPINEN

Puhelin/sähköposti

0442752213 / jukka.pappinen@finabene.fi

Pvm ja osastonhoitajan/esimiehen allekirjoitus ja nimenselvennys

7.2.2014 *Anne Korva* ANNE KORVA

Puhelin/sähköposti

050-5265920 / paiivikki.lahtinen@hanki.fi

Pvm ja hakija allekirjoitus ja nimenselvennys

7.2.2014 *Anne Korva* ANNE KORVA*Heli Latvala* HELI LATVALA

## 7. Luvan myöntäjän viranhaltijapäätös

- ☒ Myönnetty lupa opinnäytetyöhön/kehittämishankkeeseen hakemuksen mukaisesti

☐ Lupa edellyttää eettisen toimikunnan käsittelyn

☐ Pyydetään tarkennusta/lisäselvityksiä

☐ Hakemus hylätty

Perustelu/pyydetty lisäselvitykset

Aika ja paikka

7.2.2014 LAHTI

Allekirjoitus ja nimenselvennys, arvo/tehtävänimike

*Timo Jama* TIMO JAMA

Tulosryhmä/Tulosalue/Yhteystiedot

Yliääkäri

Ensihoitokeskus

Päijät-Hämeen

sosiaali- ja terveysyhtymä

8. Pyydetty lisäselvitykset toimitettu

Aika ja paikka

Allekirjoitus ja nimen selvennys, arvo/tehtävänimike

Tulosryhmä/Tulosalue/Yhteystiedot

## 9. Liitteet päivätyinä: Tutkimuslupahakemus rekisteröidään skannaamalla, päiväykset merkittävää liiteluetteloon

- ☒ Tutkimussuunnitelma tai hankesuunnitelma
- ☒ Opinnäyte toimeksiantosopimus
- ☐ Selvitys tutkimuksen kustannuksista ja rahoituksesta (tutkimussuunnitelmassa tai erillisellä liitteellä)
- ☐ Muut liitteet, mitkä:

Luvan myöntäjä toimittaa hakemuksen/päätöksen eettisen toimikunnan sihteerille.

Kopio myönnetystä luvasta lähetetään:

1) tutkimusluvan hakijalle 2) yksikön osastonhoitajalle/esimiehelle 3) rekrytointikoordinaattorille (HEN)

INFORMAATIOKIRJE

Lahdessa 29.1.2014

Akuutti 24 hoitaja!

Terveystieteiden yhteisöjen lisääntyminen on lisännyt sairaalan ulkopuolisen ensihoidon ja päivystyksen yhteistyön merkitystä ja siihen kohdistuvia odotuksia. Hyvä ensihoitopalvelu vähentää yhteisöjen potilasmäärää sekä ohjaa asiakkaat ja potilaat tarkoituksenmukaisiin hoitolaitoksiin.

Opiskelemme Lahden ja Hämeen ammattikorkeakouluissa ylemmässä ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan johtamista ja kehittämistä. Opiskeluun kuuluu kehittämishankkeen toteuttaminen. Kehittämishankkeemme pohjautuu ensihoidon sähköisen kirjaamisen kehittämiseen, jota varten on Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitokselle perustettu oma projektiryhmänsä. Ryhmän sähköisen ensihoidokertomuksen tietosisältömäärittelyt - julkaisussa kuvataan sähköisen ensihoidokertomuksen valtakunnallinen tietosisältö ja tietorakenteet sekä siihen sisältyvät kliiniset luokitukset. Yhtenä uutena tietosisällön muuttujana on potilaan toimintakykyluokitus (ECOG). Tämä tarkoittaa, että ensihoidossa pitäisi jatkossa pystyä tekemään yksinkertainen arvio potilaan toimintakyvystä koti- tai vastaanotossa ympäristössä. Tällainen arvio on hyvin tarpeellinen myös jatkohoidon kannalta, kuten päivystyksissä tai muussa jatkohoidossa sairaalassa.

Tämän kehittämishankkeen tavoitteena on käyttöönottaa Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen projektiryhmän esitys toimintakyvyn arvioinnista ensihoitajien työvälineeksi ja saada tutkimusnäyttöä sen hyödyllisyydestä. Kehittämishankkeen tavoitteena on hyödyntää systemaattista toimintakyvyn arviointia ensihoidon ja päivystyksen työvälineenä.

Kyselyyn osallistuvat Päijät-Hämeen ensihoitopalvelun ensihoitajat sekä Akuutti 24 -hoitajat. Ensihoitajat ja päivystyksen hoitajat vastaavat samaan kyselylomakkeeseen, jonka ensihoitajat toimittavat päivystykseen potilaan luovutuksen yhteydessä. Vastaanottava/t hoitaja/t vastaavat muutamaan kysymykseen koskien toimintakyvyn mittarin hyödyllisyyttä ja palauttavat päivystyksessä oleviin vastauslaatikoihin.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista, mutta yksikön toiminnan kehittämisen kannalta tärkeää. Kyselyssä ei kerätä työntekijöistä tai potilaista tietoja eikä raportissa esitetä tunnistettavia tietoja. Kyselyllä kerätyt tiedot hävitetään asianmukaisesti hankkeen raportin valmistuttua.

Pyydämme Sinua ystävällisesti vastaamaan kyselyyn sekä palauttamaan vastauslomakkeen erillisiin vastauslaatikoihin. Erillistä suostumuslomaketta kyselyyn osallistumisesta ei ole, vaan osoitat suostumuksesi vastaamalla kyselyyn.

Toivomme, että autat kehittämään alueemme ensihoitoa ja vastaat kyselyyn.

Anne Korva

Heli Latvala

[anne.korvan@gmail.com](mailto:anne.korvan@gmail.com)

[heli.latvala@hotmail.com](mailto:heli.latvala@hotmail.com)



ECOG-luokituksen käyttökoulutus

# POTILAAN TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI ENSIHOIDOSSA

ECOG-luokituksen käyttökoulutus

## Kehittämishanke

- ▶ Osa opinnäytetyötä YAMK-tutkintoon johtavassa koulutusohjelmassa.
- ▶ Kehittämishankkeen tilaajana FinnHems ja kohdeorganisaatioina Päijät-Hämeen pelastuslaitos ja Ensihoitokeskus.
- ▶ Kehittämishankkeessa toteutetaan ECOG-toimintakykyluokituksen pilottikokeilu Päijät-Hämeen alueella.
- ▶ Ensihoitajat koulutetaan luokituksen käyttöön.
- ▶ Kokeiluun osallistuu PH121, PH122, PH123, PH124, PH125, PH221 ja PH321 ja Akuutti24:n hoitajat.
- ▶ Pilottihanke kestää noin 4 viikkoa.

## Kehittämishankkeen taustaa

- ▶ THL asettanut projektiryhmän kehittämään ensihoidon sähköistä kirjaamista.
- ▶ Yhtenä uutena sähköisen ensihoitokertomuksen muuttujana toimintakykyluokitus (ECOG).
- ▶ Projektiryhmän mielestä ensihoidossa pitää pystyä tekemään yksinkertainen arvio potilaan toimintakyvystä.
- ▶ Arvio tarpeellinen myös potilaan jatkohoidon kannalta.
- ▶ Toimintakyvyn arviointi helpompaa potilaan tavallisessa toimintaympäristössä.
- ▶ Suomessa tehohoidon vertaisarvioinnissa käytetään muun muassa ECOG-luokitusta.

## Kehittämishankkeen tarkoitus ja tavoitteet

- ▶ Tavoitteena saattaa THL:n projektiryhmän esitys toimintakyvyn arvioinnista ensihoitajien käyttöön ja saada tutkimusnäyttöä sen hyödyllisyydestä.
- ▶ Tavoitteena hyödyntää systemaattista toimintakyvyn arviointia myös ensihoidon ja päivystyksen yhteistyössä.
- ▶ Tarkoituksena on lisätä ensihoitajien työvälineitä potilaan kokonaisvaltaiseen arviointiin ja helpottaa hoitopäätösten tekemistä.

## Toimintakyvyn arviointi

- ▶ Toimintakyvyllä tarkoitetaan tässä potilaan normaalia kykyä toimia päivittäisissä askareissaan ennen sairastumista tai loukkaantumista.
  - ▶ Vrt. Laitoshiotopotilaan arki vs. Työssäkäyvän arki
- ▶ Toimintakyvyn arviointi tapahtuu potilaan koti- tai vastaavassa ympäristössä.
- ▶ Kaikista potilaista ei välttämättä pystytä tekemään luotettavaa toimintakyvyn arviota, esim. Hätätilapotilaat
- ▶ Toimintakyvyn arvioinnissa voidaan käyttää havainnointia, potilaan ja omaisten haastattelua normaalin tilannearvion yhteydessä.
- ▶ Jokainen meistä on tehnyt tätä jo aiemminkin!

## ECOG-luokitus

- ▶ Kyseessä on 6-portainen luokitus (0-5).
- ▶ Kuvaa potilaan sairauden vaikutusta jokapäiväiseen elämään.
- ▶ Sähköiseen ensihoitokertomukseen muokattu 5-portaiseksi (0-4).
  - ▶ Suomennettu ensihoidon käyttöympäristöön sopivaksi.

ECOG-LUOKKA	MÄÄRITELMÄ
0	Täysin omatoiminen, ei mitään toimintarajoitteita. Esim. Normaalisti työssä käyvä tai normaalikuntainen eläkeläinen
1	Omatoiminen ja pystyy hoitamaan itsensä, mutta ei kykene raskaisiin suorituksiin. Esim. Suoriutuu kevyestä toimistotyöstä, kotiaskareista, käy ulkona.
2	Pystyy hoitamaan itsensä, mutta ei kykene mihinkään suorituksiin. Pystyssä yli puolet valvellaoloajasta. Esim. Ei selviydy edes siivoamisesta tai toimistotyöstä.
3	Tarvitsee apua päivittäisissä toiminnoissa. Vuoteessa tai lepotuolissa yli puolet valvellaoloajasta. Esim. Kodinhoitaja tuo ruoat, auttaa pesuissa.
4	Täysin ulkoisen hoivan varassa. Vuodepotilas.

## Toteutus

- ▶ Panasonicin työpöydälle erillinen ECOG-arviointilomake.
- ▶ Ensihoitaja KIRJAA arvionsa potilaan toimintakyvystä (0-4) lomakkeeseen, VASTAA mukana oleviin lisäkysymyksiin, TULOSTAA lomakkeen ja TOIMITTAA päivystykseen ensihoitokertomuksen mukana.
- ▶ Lomakkeessa kysymyksiä hyödyllisyydestä ja vaikutuksesta potilaan hoitoon myös päivystyspoliklinikan henkilökunnalle.
- ▶ Päivystyspoliklinikan hoitajat palauttavat lomakkeet erillisiin keräyslaatikoihin potilaan hoidon päättyessä.
- ▶ Keräämme lukuisat lomakkeet 4 viikon pilottijakson jälkeen.
- ▶ Lomakkeeseen EI saa merkitä potilaan henkilötietoja!

## ECOG-toimintakyvyn arviointilomake

## TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI-lomake

## KYSYMYKSET 1-5 ENSIHOITAJAT VASTAAVAT:

1. Määrittele potilaan toimintakyky (ECOG-luokka) ENNEN sairastumista tai loukkaantumista.

- ☐ 0 (Täysin omatoiminen, ei mitään toimintarajoitteita. Esim. normaalisti työssä käyvä tai normaalikuntoinen eläkeläinen.)
- ☐ 1 (Omatoiminen ja pystyy hoitamaan itsensä, mutta ei kykene raskaisiin suoriutuksiin. Esim. suoriutuu kevyestä toimistotyöstä, kotiaskareista, käy ulkona.)
- ☐ 2 (Pystyy hoitamaan itsensä, mutta ei kykene mihinkään suoriutuksiin. Pystyssä yli puolet valvellaoloajasta. Esim. ei selviydy edes siivoamisesta tai toimistotyöstä.)
- ☐ 3 (Tarvitsee apua päivittäisissä toiminnoissa. Vuoteessa tai lepotuolissa yli puolet valvellaoloajasta. Esim. kodinhoitaja tuo ruoat, auttaa pesuissa.)
- ☐ 4 (Täysin ulkoisen hoivan varassa. Vuodepotilas.)

2. Mitä seuraavista käytit tämän potilaan toimintakyvyn arvioinnissa? (Valitse tarvittaessa useampi vaihtoehto.)

- ☐ Havainnointi
- ☐ Potilaan haastattelu
- ☐ Omaisen tai muun läheisen haastattelu
- ☐ Tiedot kotihoidolta
- ☐ Potilaan aiemmat hoitokertomukset
- ☐ Muu

3. Arvioi ECOG-luokituksen käytettävyyttä tämän potilaan kohdalla.

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Ei osaa sanoa	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Potilaan toimintakyvyn arviointi ECOG-luokitusta käyttäen oli helppoa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Toimintakyvyn arvioinnilla oli vaikutusta tämän potilaan...

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Ei osaa sanoa	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
hoitoon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kuljettamispäätökseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kuljettamiskohteeseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Ajatuksia, kehittämissuhteita, puutteita ja mielipiteitä ECOG-luokituksen käytöstä.

## KYSYMYKSET 6-10 PÄIVYSTYKSEN HOITAJAT VASTAAVAT:

6. Arvioi ECOG-luokituksen hyödyllisyys tämän potilaan kohdalla.

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Ei osaa sanoa	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Ensihoitajien tekemä ECOG-luokituksen mukainen toimintakyvyn arviointi antoi riittävästi tietoa potilaan toimintakyvystä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Toimintakyvyn arvioinnilla oli vaikutusta tämän potilaan...

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	Ei osaa sanoa	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
hoidon suunnitteluun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kotiuttamiseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jatkohoidon suunnitteluun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Mihin potilas siirtyi päivystyspoliklinikalta? (Valitse yksi vaihtoehto.)

- ☐ Kotiin  
☐ palvelutaloon tai vastaavaan  
☐ Terveyskeskuksen vuodeosastolle  
☐ Keskussairaalan osastolle  
☐ Muu

9. Tarvitsiko potilas toimintakyvynsä perusteella joitain lisäapuja tai palveluita kotiutumisen mahdollistamiseksi? (Vastaa vain, jos potilas kotiutunut päivystyksestä.) Valitse tarvittaessa useampi vaihtoehto.

- ☐ Ei tarvinnut mitään  
☐ Kotihoitopalvelu aloitettiin  
☐ Kotihoitopalvelua lisättiin  
☐ Apuvälineitä liikkumiseen  
☐ Muu

10. Ajatuksia, kehittämis ehdotuksia, puutteita ja mielipiteitä ECOG-luokituksen käytöstä.

KIITOS! Teet tärkeää työtä täyttäessäsi kyselylomakkeen.  
Palautathan kyselylomakkeen merkittyyn keräyslaatikkoon.

Toimintakykyluokituksen hyödyllisyys ensihoidossa -yhdistelmäkaavio

